Серія диссертацій допущенныхъ къ защитѣ въ Императорской Военно-Медицинской
Rodzevich (B.) Restoration of the perineum by Lawson-Tait's method, *Figs.* [in Russian], 8vo. St. P., 1889

№ 65.

ВОЗСТАНОВЛЕНІЕ ПРОМЕЖНОСТИ

по

лоскутному способу (Lawson Tait)

Изъ Акушерско-гинекологической клиники проф. К. Ф. Славянскаго.

ДИССЕРТАЦІЯ НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Болеслава Родзевича.

Цензорами диссертаціи по порученію Конференціи, были профессоры К. Ф. Славянскій, А. И. Лебедевъ и И. И. Насиловъ.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
25 NOV 9?
LIBRARY

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Екатерин. кан. 41. Типо-Литографія С. Ф. Яздовскаго и К°. Казанская, 18.
1889

Серія диссертацій, допущенныхъ къ защитѣ въ Императорской Военно-Медицинской Академіи въ 1888—1889 учебномъ году.

№ 65.

ВОЗСТАНОВЛЕНІЕ ПРОМЕЖНОСТИ

по

лоскутному способу (Lawson Tait)

Изъ Акушерско-гинекологической клиники проф. К. Ф. Славянскаго.

ДИССЕРТАЦІЯ НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Болеслава Родзевича.

Цензорами диссертаціи по порученію Конференціи, были профессоры К. Ф, Славянскій, А. И. Лебедевъ и И. И. Насиловъ.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF ENGLAND LIBRARY 25 NOV 99

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Екатерин. кан. 41. Типо-Литографія С. Ф. Яздовскаго и К°. Казанская, 18.
1889

Докторскую диссертацію лекаря Б. А. Родзевича подъ заглавіемъ: „Возстановленіе промежности по лоскутному способу (Lawson Tait)“ печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи оной было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ ея.

С.-Петербургъ, Апрѣля 1 дня 1889 года.

Ученый Секретарь В. Пашутинъ.

Не даромъ въ сказаніяхъ ветхаго завѣта родовой актъ считается какъ-бы наказаніемъ, ниспосланнымъ Всевышнимъ на долю женщинъ за грѣхъ прародителей. При всей своей законности и важности въ ряду явленій природы родовой актъ въ огромномъ числѣ случаевъ, даже при такъ называемыхъ нормальныхъ условіяхъ, является источникомъ какъ временныхъ страданій въ видѣ болей, такъ и послѣдующихъ въ формѣ различныхъ заболѣваній. Всякому гинекологу извѣстно, да и каждый можетъ убѣдиться, прочитавъ рядъ гинекологическихъ скорбныхъ листовъ, какой значительный процентъ больныхъ женщинъ относятъ начало своей болѣзни болѣе или менѣе непосредственно ко времени родовъ,—хотя до этого считали себя совершенно здоровыми. Однимъ изъ проявленій нѣкоторой несостоятельности природы въ родовомъ актѣ можно считать разрывы промежностей, которые наступаютъ иногда при всѣхъ повидимому благопріятныхъ внѣшнихъ условіяхъ, окружающихъ роженицу.

Не лишнимъ считаю ad hoc повторить вкратцѣ тѣ главнѣйшіе этіологическіе моменты, которые болѣе или менѣе неминуемо ведутъ къ разрывамъ промежности.—Къ нимъ принадлежатъ: значительная высота промежности при относительной узости входа во влагалище; какая-то хрупкость тканей, какъ-бы лишенныхъ способности растягиваться въ должной мѣрѣ, что замѣчается нерѣдко у престарѣлыхъ перворождающихъ; быстрый ходъ родовъ, недающій возможности тканямъ постепенно растянуться; слишкомъ большая головка или прохожденіе ея наибольшимъ размѣромъ, особенно у перворождающихъ. Оперативные пріемы, сопряженные съ большими

трудностями или производимые неловкой рукой, нерѣдко также влекутъ за собою большіе разрывы промежности. Въ текущемъ учебномъ году намъ пришлось наблюдать при амбулаторномъ пріемѣ сравнительно рѣдкій случай, гдѣ влагалище представляло какую-то клоаку, изъ которой всей рукой можно было пройти какъ въ мочевой пузырь, такъ и въ прямую кишку. При распросѣ больной оказалось, что нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ она въ первый разъ рожала и при затянувшихся родахъ были наложены врачемъ съ помощію акушерки щипцы, которыми извлеченъ мертвый плодъ.

Всѣ перечисленныя условія, выраженныя даже въ меньшихъ степеняхъ, что встрѣчается уже чаще, могутъ сопровождаться разрывомъ промежности, если послѣдняя оставлена на произволъ случая или «поддерживается» неумѣло.—Позволю себѣ при этомъ замѣтить, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ради учебныхъ или иныхъ цѣлей внутреннее изслѣдованіе роженицы производится часто и сопровождается каждый разъ тщательнымъ спринцованіемъ сулемой, послѣдняя, какъ намъ казалось, настолько очищаетъ половой трактъ отъ слизи и самую слизистую оболочку дѣлаетъ жесткой, что быть можетъ этимъ создается также условіе, отчасти благопріятствующее разрыву задней стѣнки влагалища и спайки.

Едва-ли кто въ настоящее время будетъ сомнѣваться въ томъ, что разорванную промежность слѣдуетъ зашивать тотчасъ по окончаніи родовъ и по возможности тщательно. Но здѣсь вновь является цѣлый рядъ обстоятельствъ, благодаря которымъ намъ такъ нерѣдко приходится возстановлять оперативнымъ путемъ промежность, уничтоженную въ большей или меньшей степени бывшимъ когда-то разрывомъ. Всѣмъ извѣстно, что разрывы промежности бываютъ обыкновенно весьма неровные, извилистые, съ краями измятыми, рыхлыми, нерѣдко съ отечными клочьями и обрывками. Самое зашиваніе въ виду усталости родильницы и быть можетъ врача производится нерѣдко поспѣшно, въ ущербъ аккуратности, а иногда и безъ достаточной ловкости. По этому становится неудивительнымъ, что такая рваная рана, плохо зашитая и постоянно орошаемая лохіями, заживаетъ безъ возстановленія нарушенной цѣлости частей. Наконецъ въ значительномъ числѣ случаевъ непосредственнаго зашиванія разорванной промежности совсѣмъ не дѣлается или вслѣдствіе отказа самой родильницы, что впрочемъ рѣдко, или за отсутствіемъ врача, или-же по нежеланію послѣдняго заняться этой копотливой работой, которая быть можетъ разочаровывала его уже не разъ своей неблагодарностью. Въ Россіи, гдѣ раціональная впол-

нѣ медицинская помощь сосредоточивается почти исключительно въ большихъ городахъ. родовой актъ совершается въ огромномъ числѣ случаевъ безъ надлежащаго ухода и всякое уклоненіе отъ нормы предоставляется произволу случая. Такъ что несомнѣнно русскимъ врачамъ много лѣтъ еще придется между прочимъ имѣть дѣло съ большимъ количествомъ старыхъ разрывовъ промежности, почему и оперативные методы зашиванія. обладающіе раціональностію и простотою техники, становятся для насъ тѣмъ болѣе важными.

Операція возстановленія промежности послѣ старыхъ разрывовъ по существу своему послѣдовательная. и производится спустя различное количество времени послѣ поврежденія, что зависитъ уже отъ воли и взгляда самихъ больныхъ и отъ степени тѣхъ неудобствъ и страданій. которыя влечетъ за собой это поврежденіе. При полныхъ разрывахъ промежности. когда нижняя часть Septi rectovaginalis разорвана на всемъ пространствѣ и Septum оканчивается острымъ свободнымъ краемъ. наступаетъ невозможность удерживать содержимое recti, что очень скоро заставляетъ больныхъ искать помощи. Напротивъ. когда разрывъ ограничивается лишь задней спайкой губъ. разрывъ первой степени. больныя часто не подозрѣваютъ своего поврежденія. которое конечно не причиняетъ имъ какихъ-либо замѣтныхъ неудобствъ.—Разрывы средней степени. невызывая сами по себѣ особыхъ страданій. могутъ однако служить для развитія послѣднихъ болѣе или менѣе непосредственными этіологическими моментами. Такъ напр. обусловленное разрывомъ постоянное зіяніе половой щели можетъ вѣроятно вызывать. а тѣмъ болѣе поддерживать катарральное состояніе слизистой оболочки влагалища по крайней мѣрѣ въ нижней части. Далѣе. нарушеніе цѣлости основанія того остова. которымъ поддерживается влагалище. можетъ вызвать опущеніе стѣнокъ послѣдняго. а затѣмъ и матки со всѣми дальнѣйшими послѣдствіями.—Наконецъ при этомъ получается неудобство косметическаго характера. играющее быть можетъ большую роль. чѣмъ это кажется. Такимъ образомъ нетрудно будетъ понять, почему операція возстановленія промежности съ давнихъ поръ пользовалась большимъ вниманіемъ со стороны лучшихъ гинекологовъ и хирурговъ различныхъ странъ, послѣдствіемъ чего явилось конечно большое количество различныхъ методовъ и ихъ модификацій.—Приводить исторію развитія всѣхъ способовъ возстановленія промежности и критическій разборъ ихъ не входитъ въ задачу настоящей работы. тѣмъ болѣе. что это сдѣлано уже не разъ людьми вполнѣ авторитетными; я-же позволю себѣ допустить. что въ настоящее

время почти всѣ бывшіе методы должны отойти въ область исторіи, уступая въ практическомъ примѣненіи новымъ, гораздо болѣе совершеннымъ.

Для каждаго изучающаго этотъ предметъ, становится яснымъ, что бывшіе методы представляютъ постепенное развитіе и разнообразіе въ осуществленіи одной общей имъ идеи: 1) получать наиболѣе цѣлесообразную окровавленную поверхность путемъ удаленія поверхностнаго слоя тканей извѣстной величины и формы, и 2) удачно сблизить плоскости и края полученной раны и укрѣпить разнообразными швами для прочнаго сращенія.—Цѣль всякой пластической операціи есть возможно полное возстановленіе нарушенныхъ физіологической функціи и нормальнаго соотношенія частей, ихъ внѣшней формы; при чемъ въ различныхъ случаяхъ на первый планъ выступаетъ та или другая сторона вопроса.—Поэтому при старыхъ разрывахъ промежности сама собою навязывается мысль: удалить слѣды бывшаго поврежденія, обозначеннаго рубцовой полосой и, сблизивъ края неповрежденныхъ частей, достигнуть желаемаго. Однако большое сравнительно количество методовъ, предназначенныхъ для выполненія столь простаго плана, служитъ уже нѣкоторымъ доказательствомъ того, что, лежащій въ ихъ основѣ, принципъ на дѣлѣ не вполнѣ оправдывается, и вѣренъ долженъ быть лишь по виду.—И дѣйствительно, ни одинъ изъ бывшихъ методовъ не можетъ дать полнаго удовлетворенія и хорошіе сравнительно результаты получались лишь въ рукахъ, обладающихъ техникой въ совершенствѣ, что составляетъ уже своего рода недостатокъ методовъ. Но и въ удачныхъ случаяхъ успѣхъ былъ относительный, большею частію промежность получалась слишкомъ высокой, входъ во влагалище напротивъ очень узокъ; при coitus оперированныя нерѣдко чувствовали боль, а при послѣдующихъ родахъ разрывъ почти неминуемо повторялся. Каждая операція, какъ-бы ни была проста и удачна по замыслу, въ своемъ конечномъ результатѣ несомнѣнно зависитъ въ большей или меньшей мѣрѣ отъ ея искусстнаго выполненія, однако идеальнымъ методомъ можетъ считаться лишь такой, который при раціональности и простотѣ техники, а также скорости выполненія дастъ наилучшіе результаты. Эти качества съ полнымъ правомъ могутъ быть отнесены къ интересующему насъ лоскутному методу возстановленія промежности, т. е. методу Lawson Tait'a, который несомнѣнно состовляетъ новую эру въ исторіи аналогичныхъ методовъ.—Конечно, въ своихъ деталяхъ и этотъ методъ можетъ подвергаться и уже подвергся нѣкоторымъ

измѣненіямъ, но въ основѣ его останется вѣрный принципъ, общій всѣмъ пластическимъ операціямъ — измѣнить взаимное отношеніе частей въ желательномъ направленіи путемъ перемѣщенія, а отнюдь не удаленія тканей.—Смѣю думать, что этотъ нашъ искренній и обоснованный взглядъ нельзя считать увлеченіемъ новинкой, особенно насъ заинтересовавшей. На сколько мнѣ извѣстно, изъ доступной для меня литературы, большинство ознакомившихся съ этимъ методомъ, а въ томъ числѣ и лица весьма компетентные, одинаково восторженно о немъ отзываются, хотя въ наше время, когда къ величайшему сожалѣнію и въ научныхъ вопросахъ нерѣдко проглядываетъ чуждый наукѣ оттѣнокъ пререканій, подобное единомысліе выпадаетъ далеко не на долю всякаго нововведенія. Впрочемъ и въ этомъ случаѣ дѣло не обходится безъ споровъ о томъ, кому должна принадлежать по праву наибольшая честь, такъ какъ оказывается, что эта операція Lawson Tait'a носитъ имя не перваго открывшаго, а лишь того, который, воспользовавшись существовавшей уже идеей, съумѣлъ осуществить ее на дѣлѣ и представилъ въ видѣ довольно совершеннаго и технически простаго метода. Уже Langenbeck, какъ истый хирургъ, очевидно, не могъ примириться съ тѣмъ ущербомъ тканей, который наносился существовавшими методами возстановленія промежности и предложилъ съ своей стороны такъ называемый Perineo-Synthesis, гдѣ уже вполнѣ ясно проглядываетъ желаніе воспользоваться полученными при образованіи раны лоскутами съ наибольшей для успѣха операціи выгодой. Ту-же мысль преслѣдовали затѣмъ Wilms, Bischoff и Staude въ своихъ довольно схожихъ методахъ.—Однако техническая сторона этихъ операцій оставляла желать еще очень многаго, почему вѣроятно онѣ не были приняты авторитетными гинекологами и не получили дальнѣйшаго развитія.—Это обстоятельство невольно удивляетъ Sänger'a, который по этому поводу говоритъ; «по истинѣ достойно замѣчанія, что чистые лоскутные методы до послѣдняго времени не получили у насъ дальнѣйшаго упрощенія и усовершенствованія, во-первыхъ потому, что выполненіе пластической операціи безъ удаленія тканей есть несомнѣнно выполненіе идеальное, а затѣмъ и потому, что вообще образованіе лоскутовъ, благодаря антисептикѣ въ пластической хирургіи играетъ большую роль. И эта область, многократно указываемая Langenbeck'омъ, стала культироваться преимущественно Англичанами, у которыхъ, благодаря остроумнымъ и раціональнымъ улучшеніямъ техники, лоскутныя операціи сдѣлались господствующими. А въ Германіи эти но-

вые методы до сего времени еще недостаточно извѣстны». — Далѣе Sänger «въ интересахъ исторической правды но и не безъ ироніи по адресу Англичанъ старается доказать, что было-бы несправедливымъ считать Lavson Tait'а творцомъ рекомендуемаго имъ метода, который онъ лишь упростилъ и усовершенствовалъ. Благодаря случаю Sänger'у удалось въ лицѣ норвежскаго Проф. Voss'а въ Христіаніи открыть если не перваго изобрѣтателя Perineorraphiae съ расщепленіемъ Septi recto vaginalis, то по крайнѣй мѣрѣ того, который первый произвелъ эту операцію на живомъ субъектѣ. Это было опубликовано Voss'омъ въ 1870 г., а, согласно письменному сообщенію проф. Nicolaysen'а изъ Христіаніи къ Sänger'у, Voss первую свою операцію произвелъ еще въ 1865 г., сама-же идея по мнѣнію Heiberg'а была высказана проф. Steen-омъ въ Копенгагенѣ въ 1862 г.

Способъ Voss'а по своей примитивности въ настоящее время не заслуживаетъ подражанія и важенъ развѣ только, какъ одинъ изъ первыхъ опытовъ. Уже болѣе достойны вниманія способы Simpson'а а также Alfr. Post-а, представляющіе уже нѣкоторое усовершенствованіе лоскутной перинеопластики, хотя не лишены большихъ неудобствъ и состовляютъ такъ сказать переходную ступень къ методамъ Lawson Tait'а.—Наконецъ въ новѣйшее время повидимому совершенно самостоятельно Fritsch предложилъ для возстановленія промежности послѣ полныхъ разрывовъ свой собственный методъ. При этомъ Fritsch исходитъ изъ той точки зрѣнія, что «каждый методъ зашиванія промежности, гдѣ окровавленная поверхность образуется удаленіемъ части тканей, основанъ на невѣрной теоріи, ибо кто въ принципѣ согласится закрывать существующій уже дефектъ въ тканяхъ посредствомъ образованія новаго дефекта».—На сколько можно понять изъ описанія недостаточно яснаго, по способу Fritsch-а расщепленіе Septi recto vaginalis производится посредствомъ двухъ боковыхъ разрѣзовъ и полученная раненная поверхность растягивается въ верхъ и внизъ для послѣдовательнаго закрытія какъ дефекта прямой кишки, такъ и входа во влагалище.—Впрочемъ Fritsch самъ замѣчаетъ, что старые методы Gunther-овскихъ операцій имѣютъ нѣкоторое сходство съ этимъ его методомъ.

Такимъ образомъ дѣйствительно оказывается, что лоскутный методъ возстановленія промежности, носящій имя Lawson Tait-а, явился какъ болѣе или менѣе конечный результатъ постепеннаго развитія перинеопластики, составлявшей предметъ вниманія многихъ

авторовъ.—Самъ Lawson Tait въ своемъ сжатомъ изложеніи обходитъ какъ-бы умышленно молчаніемъ предшествовавшіе факты, несомнѣнно содѣйствовавшіе ему въ созданіи этого метода. Приписывая идею лоскутныхъ методовъ англичанину Maurice Collis'у, онъ увѣряетъ, что ему яко-бы совсѣмъ неизвѣстно, чтобы кто-либо до него оперировалъ лоскутнымъ способомъ фистулы и разрывы промежностей, а если это и было, то ему остается пожалѣть, что такіе методы не получили еще должнаго распространенія и обстоятельнаго описанія.

Принципъ свой—получать окровавленную поверхность путемъ расщепленія тканей а не удаленія части ихъ—онъ кладетъ въ основаніе нѣсколькимъ операціямъ, примѣняемымъ: при пузырно-влагалищныхъ фистулахъ, при выпаденіяхъ матки или передней и задней стѣнокъ влагалища, при грыжахъ, наконецъ при старыхъ разрывахъ промежностей различныхъ степеней. — Общее достоинство этихъ методовъ по его мнѣнію: относительная простота техники, благопріятныя условія раны для безпрепятственнаго заживленія ея per primam и отсутствіе шансовъ для нежелательныхъ послѣдствій; большая сравнительно величина соприкасающихся раненыхъ поверхностей, гарантирующая прочность срощенія; наконецъ постигшая почему-либо неудача не ухудшаетъ данныхъ, бывшихъ до операціи, давая прежнія условія для повторенія ея. Самый методъ возстановленія промежности при полныхъ разрывахъ Lawson Tait кратко описываетъ слѣдующимъ образомъ: «когда ягодицы раздвинуты, то старый разрывъ представляется въ видѣ тонкой бѣлой рубцовой полосы, которая идетъ поперечно къ оси дефекта, образующаго въ свою очередь прямой уголъ съ плоскостью промежности.—Заживленіе разрыва приняло совершенно иное направленіе и рубецъ представляется намъ подъ прямымъ угломъ къ ранѣ. Это единственный въ своемъ родѣ фактъ и на немъ основанъ принципъ моей операціи, представляющей полную противуположность принципамъ всѣхъ существующихъ методовъ чрезъ освѣженіе. Схема моей операціи состоитъ въ томъ, чтобы возстановить старый дефектъ и соединить его подъ прямымъ угломъ къ изображающему его рубцу, т. е. подъ прямымъ угломъ къ плоскости промежности. Этимъ только путемъ промежность можетъ быть дѣйствительно возстановлена и только послѣ этой операціи можно надѣяться, что возстановленная промежность выдержитъ травму послѣдующихъ родовъ, какъ это было въ большомъ количествѣ моихъ случаевъ. Я не знаю, чтобы хоть одна изъ возстановленныхъ мною промежностей была разорвана во вто-

рой разъ. Раздвинувъ ягодицы такъ, чтобы рубецъ былъ натянутъ, я вкалываю инструментъ въ извѣстной точкѣ у самаго его края съ одной стороны и строго придерживаясь очерчивающей его линіи, я прохожу до его другаго края; разрѣзъ глубиною около $^3/_8$ дюйма и образуетъ два лоскута ректальный и вагинальный. Отъ каждаго конца разрѣза я продолжаю впередъ въ ткань каждой губы на протяженіи около дюйма и затѣмъ назадъ около $^1/_3$ дюйма. Вагинальный лоскутъ оттягивается къ верху, ректальный книзу, причемъ для зашиванія раны противулежащія плоскости ея сближаются до образованія одной вертикальной линіи. Съ помощію хорошей иглы въ иглодержателѣ швы изъ силькворма вводятся съ одной стороны на $^1/_8$ дюйма, къ внутри отъ края раны, не захватывая кожи; игла глубоко проводится въ ткани и выводится не доходя до средины раны, затѣмъ вновь вкалывается и выводится съ другой стороны симметрично первому уколу. Такимъ образомъ обѣ большія раздѣленныя массы старой промежности точно соприкасаются; ректальный и вагинальный лоскуты обращены въ прямую кишку и влагалище. Получаемая толщина промежности поразительно велика, срощеніе почти неизбѣжно и я испыталъ неудачу два раза изъ нѣсколькихъ сотъ случаевъ и то потому, что были предварительно произведены операціи путемъ освѣженія. Рубецъ получается совершенно прямолинейный и такъ похожъ на нормальное raphe, что черезъ 3—4 мѣсяца послѣ операціи совершенно невозможно опредѣлить по виду частей, что промежность была когда-либо разорвана, такъ какъ не бываетъ слѣдовъ отъ уколовъ швовъ, которые-бы это выдавали. Боли, испытываемыя послѣ операціи ничтожны сравнительно со старыми методами. Я оставляю швы на 3—4 недѣли. Обращаю вниманіе, что прямая кишка и влагалище промываются два раза въ день».

Несомнѣнно и Lawson Tait—прежде чѣмъ выработалъ свой послѣдній наиболѣе раціональный методъ, приближался къ нему путемъ постепеннаго совершенствованія. Такъ Meinert заявляетъ, что ему извѣстны четыре значительно отличающіеся другъ отъ друга метода, по которымъ Tait въ различное время оперировалъ старые разрывы промежностей. Первый изъ этихъ методовъ описанъ Zvei fel-емъ, второй Meinert видѣлъ въ Birmingham-ѣ въ 1885 г., третій находится въ учебникѣ Tait-a (Diseases of Women Birmingham 1886) и наконецъ четвертый перенесенъ Heiberg-омъ, ассистентомъ клиники проф. Howitz въ Копенгагенѣ. Д-ръ Heiberg лично ознакомился съ послѣдней модификаціей этого метода въ Англіи въ

1885 г., а въ 1887 г. онъ уже опубликовалъ 16 собственныхъ случаевъ, доказывающихъ преимущество метода. Тому-же Heiberg-у выпало на долю такъ сказать привить этотъ методъ и въ Германіи. Въ бытность свою въ Leipzig-ѣ онъ продѣлалъ эту операцію на одномъ субъектѣ съ неполнымъ разрывомъ промежности въ присутствіи Sänger-а, который съ тѣхъ поръ обратилъ свое особенное вниманіе на этотъ методъ и сталъ наиболѣе горячимъ его приверженцемъ. Уже на съѣздѣ нѣмецкихъ врачей, бывшемъ въ Wisbaden-ѣ въ сентябрѣ 1887 г. Sänger сообщилъ о 17-ти случаяхъ разрывовъ промежностей, гдѣ онъ съ полнымъ успѣхомъ примѣнилъ этотъ методъ. Описавъ вкратцѣ технику операціи, онъ для наглядности тутъже демонстрировалъ пріемы на спиртовыхъ препаратахъ и фантомѣ. При этомъ Sänger настоятельно рекомендовалъ нѣмецкимъ гинекологамъ испытать этотъ методъ на дѣлѣ, думая, что онъ дастъ возможность получить не только промежность прочную, соотвѣтствующую своему назначенію, но и вполнѣ удовлетворительную относительно косметики. Но почтенное собраніе авторитетныхъ лицъ весьма разногласно отнеслось къ горячей защитѣ Sänger-а и новому методу пришлось такъ сказать выдержать здѣсь первую борьбу. Hegar не хотѣлъ допустить даже возможности, чтобы новый англійскій методъ оказался лучше столь испытанныхъ нѣмецкихъ. Допуская его еще въ случаяхъ неполныхъ разрывовъ, т. е. когда всякіе способы хороши, онъ лишалъ этотъ методъ всякаго значенія при разрывахъ полныхъ и особенно при выпаденіяхъ стѣнокъ влагалища.—Hegar замѣтилъ, что лоскутъ оказывтется слишкомъ свободнымъ и держится какъ-бы на воздухѣ, а сморщиваясь можетъ повести къ нежелательнымъ результатамъ. Онъ допускалъ даже возможность образованія при этомъ методѣ кишечно влагалищныхъ фистулъ, что уже совсѣмъ странно слышать изъ устъ столь опытнаго лица. Вообще возраженія Hegar-а, не будучи основаны на фактическихъ данныхъ, носили очевидный пристрастный характеръ. Ziegenspech (München), неусвоившій себѣ повидимому этотъ методъ даже теоретически, отвергалъ значеніе его уже въ принципѣ, какъ недостигающаго будто-бы цѣли—возстановить бывшія до разрыва отношенія частей. Kaltenbach (Halle) отнесся далеко не такъ отрицательно къ рекомендуемому Sänger-омъ методу Lawson Tait-а. По его мнѣнію при оперативномъ леченіи выпаденій этотъ методъ можетъ годится какъ вспомогательный. Отсутствіе въ немъ удаленія тканей дѣлаетъ его особенно пригоднымъ при полныхъ разрывахъ промежностей. Во всякомъ случаѣ Kaltenbach полагалъ, что

эта операція заслуживаетъ серьезнаго испытанія въ Германіи. Veit высказалъ сомнѣніе въ правѣ Tait-a приписывать себѣ первенство открытія этого метода. Онъ будто-бы видѣлъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ эту операцію у Willms-a. Однако послѣдній по словамъ Veit-a удалялъ съ боковъ небольшіе куски, къ тому-же у него нерѣдко получались кишечно-влагалищныя фистулы, что служитъ уже достаточнымъ указаніемъ отличія его операціи отъ метода Lawson Tait-a. Meinert считаетъ этотъ методъ наиболѣе раціональнымъ, основывая свой взглядъ на 14 случаяхъ, оперированныхъ имъ съ прекраснымъ результатомъ.

Съ этого времени методъ Lawson Tait-a обратилъ на себя всеобщее вниманіе, сталъ примѣняться на дѣлѣ многими операторами и даже вошелъ въ новѣйшіе учебники. Однако и по настоящее время онъ принятъ далеко еще не всѣми и мнѣнія объ немъ не вполнѣ согласны. Наконецъ въ частностяхъ техника его подверглась нѣкоторымъ измѣненіямъ и несомнѣннымъ улучшеніямъ сравнительно съ той формой, которую предложилъ Lawson-Tait. Противники этого метода могутъ быть до извѣстной степени подраздѣлены на нѣсколько категорій. Одни, какъ напр. Hegar, Freund, Franck, Walcher и др. очевидно не въ состояніи легко покинуть свое такъ сказать дѣтище—прежніе методы, которымъ они посвятили не мало труда и времени и которые въ ихъ рукахъ давали безъ сомнѣнія во многихъ случаяхъ хорошіе результаты. Другіе, какъ напр. Rokitansky, а отчасти и Meinert основываютъ свой неблагопріятный взглядъ на весьма не многихъ случаяхъ, причемъ надо полагать, что они или не достаточно усвоили себѣ технику метода, особенно при полныхъ разрывахъ, или дѣлали различныя отступленія, объясняющія полученные ими дурные результаты. Нѣкоторые наконецъ, какъ напр. Wathen недоволенъ этимъ методомъ, какъ и другими за то, что имъ все-же не удовлетворяется pium desiderium — сшить всѣ ткани промежности между собою такъ, какъ онѣ были соединены до поврежденія.—Съ другой стороны методъ Lawson Tait-a пріобрѣлъ уже немалое число приверженцевъ, которые, основываясь на болѣе или менѣе значительномъ числѣ ихъ случаевъ, спѣшатъ заявить о тѣхъ удивительно хорошихъ результатахъ, которые превзошли самыя смѣлыя ожиданія a priori. Къ нимъ принадлежатъ Sänger, Zweifel, Martin, Olshausen, Winiwarter, Riedinger, Schubert, Fraipout, Yullief и др.

Въ своемъ учебникѣ Yulliet настоятельно совѣтуетъ слѣдовать первоначальному методу Lawson Tait-a, находя, что онъ даетъ

наилучшіе результаты сравнительно съ послѣдующими видоизмѣненіями. Vulliet перенялъ эту операцію отъ Barnes-a, который, научившись отъ самаго Lawson Tait-a, производилъ ее въ госпиталѣ Chelsea въ присутствіи Vulliet. Изложеніе послѣдняго довольно сжато, схематично, безъ всякой критической оцѣнки. Указывая на быстроту производства этой операціи Vulliet про себя умалчиваетъ, ссылаясь на Barnes-a, который якобы производилъ ее пять минутъ. Но если стоитъ объ этомъ упоминать, то я могу засвидѣтельствовать, что проф. Славянскій въ болѣе легкихъ случаяхъ производилъ ее въ три минуты. Vulliet не говоритъ даже о возможности зашивать рану чѣмъ либо инымъ помимо серебряной проволоки, которую къ тому-же совѣтуетъ закрѣплять особымъ весьма хлопотливымъ образомъ. Говоря о способѣ Tait-a зашивать рану, незахватыя ея краевъ, онъ подкрѣпляетъ это довольно наивнымъ основаніемъ, будто этимъ путемъ дается свободный стокъ кровяной сывороткѣ, которая иначе послужила бы благопріятной средой для развитія вредныхъ микробовъ. Что дѣлать съ свободнымъ краемъ влагалищнаго лоскута Vulliet хорошо не указываетъ, сообщая отчасти справедливо, что послѣ сшиванія (неумѣлаго?) краевъ его наступаетъ нерѣдко омертвѣніе конца получающагося выступа. Такимъ образомъ, не смотря на похвалы, которыя Vulliet справедливо воздаетъ методу Lawson-Tait-a, всякій начинающій вынесетъ изъ его учебника довольно смутное представленіе объ этомъ методѣ, а попробовавъ выполнить его указанія на дѣлѣ, можетъ получить не вполнѣ ободряющіе результаты.

Что методъ Lawson Tait-a получилъ обстоятельное описаніе и теперь уже значительное распространеніе—это состовляетъ несомнѣнную заслугу Sänger-a, который, ознакомившись съ этимъ методомъ, сталъ постоянно имъ оперировать и, вводя кажущіяся ему улучшенія, старается убѣдить всѣхъ въ несравненныхъ его преимуществахъ. По мнѣнію Sänger-a усовершенствованный имъ лоскутной методъ возстановленія промежности, въ особенности послѣ полныхъ разрывовъ, составляетъ въ этомъ вопросѣ большой прогрессъ, такъ что возвращеніе къ особеннымъ влагалищнымъ и промежностно-кишечнымъ швамъ должно уже считаться шагомъ назадъ. Основываясь на 50 вполнѣ удачныхъ случаяхъ, Sänger въ послѣдней своей статьѣ горячо совѣтуетъ оперировать исключительно этимъ способомъ, причемъ даетъ свои наставленія относительно различныхъ частностей техники. При неполныхъ разрывахъ первоначальный разрѣзъ Sänger дѣлаетъ въ видѣ ⊔, а при полныхъ отъ него еще книзу идутъ два разрѣза.

такъ что получается |—|. При зашиваніи раны Sänger даетъ большое значеніе серебряной проволокѣ, которую онъ считаетъ единственно надежнымъ въ этихъ случаяхъ матеріаломъ. Испробовавъ вначалѣ согласно совѣту Lawson Tait-а проводить швы въ предѣлахъ раны, не касаясь ея краевъ, Sänger скоро отказался отъ этого и сталъ зашивать рану, вкалывая и выкалывая иглу внѣ ея, на 1 mlm отступя отъ края. Въ заключеніе Sänger полагаетъ, что эта операція съ теченіемъ времени должна пріобрѣтать все большее число послѣдователей и въ будущемъ замѣнитъ собою всѣ предшествовавшіе аналогичные методы.

Въ самое послѣднее время Martin опубликовалъ сдѣланный имъ въ Берлинскомъ гинекологическимъ Обществѣ въ январѣ докладъ объ лоскутномъ методѣ возстановленія промежности, заслуживающій вниманія въ различныхъ отношеніяхъ.—Martin самъ сознается, что ему, насчитывающему около 400 своихъ случаевъ, успѣшно оперированныхъ по прежнимъ методамъ, нелегко было поддаться рекомендаціи этого новаго метода, который поражалъ простотой своей техники и скоростью выполненія. Хотя число случаевъ, оперированныхъ имъ по методу Lawson Tait-а, еще не велико (17), однако Martin пришелъ къ убѣжденію, что принципъ этой операціи заслуживаетъ полнаго вниманія (dass dieses Verfahren der Lappendamm plastik in der That ein hochst beachtenswerth Princip verfolgt).—Правда Martin оперировалъ пока только надъ неполными разрывами, но онъ просто пораженъ тѣми удивительно хорошими результатами, которые далъ ему этотъ методъ и обѣщаетъ въ ближайшемъ будущемъ непремѣнно испытать его на полныхъ разрывахъ. — Въ первыхъ своихъ случаяхъ Martin слѣдовалъ въ точности указаніямъ Sänger-а и зашивалъ рану серебряной проволокой, которую послѣдній такъ настойчиво рекомендуетъ. Martin однако при прежнихъ своихъ операціяхъ давно уже пользуется юниперным кэтгутомъ и для него обращаться вновь къ проволокѣ составляетъ по его словамъ шагъ назадъ. По этому и здѣсь онъ вскорѣ сталъ зашивать рану по своему и остался очень доволенъ. Когда отсепарованный лоскутъ поднятъ къ верху, Martin накладываетъ на двухъ противуположныхъ концахъ раны по одному узловатому шву, которыми она слегка растягивается въ вертикальномъ направленіи; затѣмъ по извѣстному способу рана зашивается непрерывнымъ швомъ въ два или три этажа, причемъ послѣднимъ ходомъ стягиваются уже края раны. Martin справедливо замѣчаетъ, что при такомъ способѣ зашиванія раны corpus perinei получается еще толще, натяженіе въ

ранѣ доводится до minimum-а и поверхность образованной промежности получается совершенно ровной. Martin все таки не указываетъ подробно, какъ нужно при зашиваніи раны поступать съ самимъ лоскутомъ, если-же слѣдовать вообще его описанію, то изъ лоскута формируется весьма некрасивый отростокъ на мѣстѣ задней спайки, остающійся такимъ-же и по заживленіи раны,

Рядомъ съ тѣмъ шумомъ, который произвелъ методъ Lawson Tait'а заграницей, и особенно въ Германіи, можно, пожалуй, подумать, что русскими гинекологами онъ до настоящаго времени незаслуженно игнорируется. Дѣйствительно, трудно сказать, многимъ-ли хорошо извѣстенъ и въ какихъ размѣрахъ примѣняется на дѣлѣ этотъ прекрасный методъ въ Россіи. Помимо краткаго описанія его въ учебникѣ проф. К. Ф. Славянскаго, мнѣ извѣстно лишь сообщеніе д-ра Воскресенскаго, который, основываясь на 4-хъ случаяхъ неполныхъ разрывовъ промежности, отозвался объ этомъ методѣ съ большой похвалой. Несомнѣнно, наблюденія другихъ оперировавшихъ остаются не опубликованными *), какъ это, къ сожалѣнію, часто бываетъ съ русскими врачами, но все-таки, очевидно, методъ Lawson Tait'а не привился еще у насъ въ должной мѣрѣ и я думаю, что главную причину этого нужно видѣть въ томъ, что этотъ методъ до послѣдняго времени не пріобрѣлъ еще вполнѣ законченной формы и не имѣетъ яснаго, точнаго и подробнаго описанія, которымъ могли-бы руководствоваться не только гинекологи спеціалисты, но и обыкновенные врачи, вынужденные въ своей медицинской дѣятельности удовлетворять самымъ разнообразнымъ требованіямъ. Поэтому, мы поставили себѣ задачей: сдѣлать возможно подробныя наблюденія надъ пригодностью метода Lawson Tait'а на значительномъ числѣ случаевъ старыхъ разрывовъ промежностей разныхъ степеней и съ различными осложненіями; выработать на основаніи своихъ случаевъ и указаній другихъ авторовъ всѣ детали техники, съ которыми этотъ методъ явился-бы въ наиболѣе совершенной и законченной формѣ; наконецъ, дать этой формѣ метода обстоятельное и ясное описаніе,

---

*) Многоуважаемый д-ръ И. Ѳ. Баландинъ въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества лично заявилъ, что онъ оперировалъ по методу Lawson Tait'а въ 20-ти случаяхъ старыхъ разрывовъ промежности, въ коемъ числѣ было пять полныхъ разрывовъ. Рану И. Ѳ. зашивалъ исключительно серебряной проволокой и во всѣхъ случаяхъ наступало первое натяженіе; возстановленныя промежности оказывались столь хорошими, какихъ не давалъ ему ни одинъ изъ прежнихъ методовъ.

а для большей наглядности, иллюстрировать собственными рисунками *).

Въ клиникѣ проф. Славянскаго съ сентября 1887 г. по мартъ 1889 годъ, произведено 36 операцій возстановленія промежности по лоскутному методу Lawson Tait'a. Въ этомъ числѣ было два случая полныхъ разрывовъ промежности, а остальные неполные, различныхъ степеней. За немногими исключеніями во всѣхъ случаяхъ наблюдались, при разрывахъ промежностей, различныя патологическія состоянія матки, а также болѣе или менѣе ясно выраженное выпаденіе задней, а иногда и передней стѣнокъ влагалища, наконецъ, въ одномъ случаѣ былъ влагалищно-прямокишечный свищъ; поэтому во всѣхъ этихъ случаяхъ передъ операціями на промежностяхъ производились предварительно другія, какъ-то: histerotrachelorrhaphia, amputatio portion. vag. abrasio mucosae uteri и проч.

Привожу краткія исторіи болѣзни оперированныхъ.

1. Марія И—ва 29-ти лѣтъ, поступила въ клинику 7 сентября 1887 г., діагнозъ: Metritis chron., endo metritis haemorrhagica, ruptura perinei 2 gr. Считаетъ себя больной отъ времени бывшихъ шесть лѣтъ тому назадъ единственныхъ родовъ. 5—X подъ хлороформомъ сдѣлано выскабливаніе острой ложкой полости матки и perineorrhaphia, наложено 12 шелковыхъ швовъ—глубокихъ 7—8, а остальные поверхностные. На 5 день клизма. 11—X удалены швы, заживленіе раны per-primam, кромѣ незначительнаго пространства посрединѣ, гдѣ произошло небольшое расхожденіе краевъ, скоро потомъ зажившее. При дальнѣйшемъ пребываніи больной въ клиникѣ входъ во влагалище неоднократно былъ расширяемъ зеркалами по поводу кровотеченій изъ матки, причемъ свѣжій рубецъ промежности оказался надорваннымъ лишь на ничтожномъ пространствѣ въ верхней своей части.

2. Евдокія А—ва, 22 лѣтъ, поступила въ клинику 9 октября 1887 г., діагнозъ: Metritis chron., endo metritis haemorrhagica, ruptura perinei 2 gr. Считаетъ себя больной со времени единственныхъ родовъ, бывшихъ четыре года тому назадъ. 13—X. подъ хлороформомъ было произведено выскабливаніе полости матки, затѣмъ частичная ампутація port vag., наконецъ perineorrhaphia; наложено на промежность всего 9 шелковыхъ швовъ. 18—X. швы промежности удалены, заживленіе раны per primam.

---

*) Выполненіе рисунковъ любезно принялъ на себя д-ръ А. Р. Фишеръ, которому выражаю свою благодарность.

3 Матрена —Гр—тисъ, 35 лѣтъ, поступила въ клинику 16 октября 1887 г., діагнозъ: Laceratio port. vagin., ruptura perinei 2 gr. Рожала шесть разъ, сколько времени существуетъ разрывъ промежности неизвѣстно. 29—X подъ хлороформомъ сдѣлана операція Emmet'a и затѣмъ perineorrhaphia; швы шелковые. 2-е сутокъ моча выпускалась катетеромъ; влагалище и промежность два раза въ сутки промывались слабымъ растворомъ сулемы. 5—XI сняты промежностные швы, мѣстами прорѣзавшіеся, рана зажила per primam. 7—XI замѣчено небольшое расхожденіе краевъ раны въ верхнемъ ея углу. подъ присыпкой іодоформомъ рана промежности къ 14—XI весьма хорошо зажила.

4. Марія К—ва. 24 лѣтъ. поступила въ клинику 22 ноября 1887 г., діагнозъ: Laceratio portion vagin., ruptura perinei 2 gr. (на 1 ctm. недоходитъ до anus'a). Рожала 3 раза, больна со времени послѣднихъ родовъ. 2—XI подъ хлороформомъ сдѣлана операція Emmet'a и per-phia, причемъ наложено 8 глубокихъ и 4 поверхностныхъ шелковыхъ шва. 5—XII клизма. 8—XII швы сняты, заживаніе per primam, лишь подъ однимъ небольшое нагноеніе.

5. Татьяна Н—на, 27 лѣтъ, поступила въ клинику 30 ноября 1887 г., діагнозъ: Laceratio portion. vagin., prolapsus incip. vaginae ant. et post. ruptura perinei 2 gr. 9—XII подъ хлороформомъ сдѣлана операція Emmet'a и per-phia, наложено 8 шелковыхъ швовъ. 14—XII клизма. 15—XII промежн. швы сняты; рана зажила per primam. но на мѣстахъ уколовъ нѣкоторыхъ швовъ небольшое нагноеніе. При обмываніи слабымъ растворомъ сулемы и присыпки іодоформа къ 22—XII полное заживленіе.

6. Татьяна И—ва, 46 лѣтъ. поступила въ клинику 7 Іюня 1888 г., діагнозъ: Metritis et oophoritis chron. Laceratio port. vag., ruptura perinei 1 gr. Рожала шесть разъ. 2—VII сдѣлана операція Emmet'a. 16—VIII съ помощію мѣстной анэстезіи кокаиномъ per-phia; швы изъ юниперпаго кэтгута; рана зажила per primam.

7. Аксинья С—ва. 39 лѣтъ, поступила въ клинику 28 іюля 1888 г. діагнозъ Errosiones port. vag. ruptura perinei 2 gr. Рожала одинъ разъ 20 лѣтъ тому назадъ 18—VIII сдѣлано прижиганіе еррози Paquelen-омъ и per-phia. наложены шелковые швы изъ нихъ 3 глубокихъ. 24—VIII швы сняты. заживленіе per primam.

8. Дарья А—ва. 34 лѣтъ. поступила въ клинику 9 сентября 1888 г. діагнозъ: Metritis chron endometritis. Laceratio portion. vagin. prolapsus vaginae ant. et post., ruptura perinei 2 gr. Рожала одинъ разъ одинъ годъ тому назадъ и съ тѣхъ поръ считаетъ

себя больной. 15—IX подъ хлороформомъ сдѣлана операція Emmet-a и per-phia; швы кэтгутовые, три собственно на промежность и одинъ непрерывный на лоскутъ. Двое сутокъ моча выпускалась катетеромъ 24—IX рана промежности оказалась зажившей per primam. кромѣ небольшаго мѣстечка подъ вновь образованной спайкой, гдѣ наступило поверхностное расхожденіе краевъ зажившее per secundam. 30—IX позволено встать съ постели, 6—X выписана изъ клиники.

9. Фіона Ш—ва, 34 лѣтъ, поступила въ клинику 30 мая 1888 г. діагнозъ: Metritis chron., endo metritis, oophoritis et perimetritis Lateral. dextr., prolapsus vag. incip. post. ruptura perinei 2 gr. Рожала одинъ разъ, 8 лѣтъ тому назадъ. и съ тѣхъ поръ считаетъ себя больной. 28—IX подъ кокаиномъ сдѣлана per-phia; швы кэтгутовые. на 3-й день клизма. на 9-й заживленіе промежности per primam.

10. Анна Ф—ва. 25 лѣтъ. поступила въ клинику 4 октября 1888 г., діагнозъ Metritis chron. ruptura perinei 2 gr. Рожала одинъ разъ четыре года тому назадъ и съ этого времени больна. 5—X сдѣлана подъ кокаиномъ per-phia. наложено 6 кэтгутовыхъ швовъ; заживленіе раны произошло per primam 16—X выписана изъ клиники.

11. Марія Ск—ва, 29 лѣтъ, поступила въ клинику 31 іюля 1888 г. діагнозъ: Metritis. endo metritis, perimetritis lat. sin. oophoritis dext., ruptura perinei 2 gr.—Рожала одинъ разъ шесть лѣтъ тому назадъ, роды были тяжелыя и съ тѣхъ поръ считаетъ себя больной. 7—X подъ хлороформомъ сдѣлана per-phia. швы кэтгутовые, заживленіе наступило per primam. 21—X встала съ постели.

12. Варвара И—ва, 35 лѣтъ. поступила въ клинику 12 сентября 1888 г., діагнозъ Metritis chron., prolapsus uteri incompl., ruptura perinei 2 gr. Рожала семь разъ; первые роды были 10 лѣтъ тому назадъ и съ этого времени считаетъ себя больной. 15—IX сдѣлана amputatio port. vag. по Schröder-у; 11—X per-phia, наложено 4 глубокихъ шелковыхъ шва и 4 поверхностныхъ изъ кэтгута; на другой день на мѣстѣ раны появился умѣренный отекъ. распространившійся отчасти на правую большую губу; 15—X сняты шелковые швы, края раны мѣстами разошлись и дальнѣйшее заживленіе пошло per secundam.

13. Раиса З—ва. 31 года. поступила въ клинику 18 октября 1888 г. діагнозъ ruptura perinei 2 gr.—Рожала пять разъ и жалуется на бѣли и разрывъ промежности. 19—X подъ кокаиномъ сдѣлана per—phia; рана зашита кэтгутомъ. 8 швовъ. 23—X было произвольное испражненіе. моча нѣсколько дней выпускалась кате-

теромъ. 27—X при ближайшемъ изслѣдованіи оказалось, что на мѣстѣ двухъ верхнихъ швовъ края раны нѣсколько разошлись, на остальномъ пространствѣ заживленіе per primam.

14. Марія Г—ва, 25 лѣтъ, поступила въ клинику 4 октября 1888 г., діагнозъ: Metritis et endometritis Chron, laceratio port. vagin, ruptura perinei complet. Рожала два раза, въ послѣдній разъ безъ всякой посторонней помощи и очень быстро; больная не въ состояніи удерживать газы и жидкіе экскременты, 21—X сдѣлана операція Emmet-a и per-phia подъ хлороформомъ; швы кэтгутовые; заживленіе раны на всемъ пространствѣ per primam; промежность получилась весьма удовлетворительная во всѣхъ отношеніяхъ, 20—XI выписана изъ клиники.

15. Афанасія К-ва, 38 лѣтъ, поступила въ клинику 24 октября 1888 г., діагнозъ: ruptura perinei 2 gr. Рожала одинъ разъ годъ тому назадъ двойнями безъ врачебной помощи. 1—XI сдѣлана per-phia, наложено 6 кэтгутовыхъ швовъ, къ 12—XI всѣ швы отдѣлились и рана зажила per primam; 13—XI выписалась изъ клиники.

16. Татьяна С-ва, 28 лѣтъ, поступила въ клинику 30 сентября 1888 г. діагнозъ ruptura perinei completa. Рожала одинъ разъ около года тому назадъ. 1—XI подъ хлороформомъ сдѣлана per-phia, рана зашита кэтгутомъ; 7—XI клизма. 10—XI всѣ швы отпали, рана зажила per primam, форма промежности и anus-a вполнѣ хорошая.

17. Марія Т-нъ. 35 лѣтъ, поступила въ клинику 15 октября 1888 г., діагнозъ: laceratio portion. vagin. prolapsus vag. post., ruptura perinei 2 gr., pruritus vulvae. Рожала одинъ разъ 12 лѣтъ тому назадъ. 25—XI сдѣлана операція Emmet-a безъ наркоза. 7—XI подъ кокаиномъ (:1 gran:) сдѣлана per-phia; наложено 5 кэтгутовыхъ швовъ; на другой-же день послѣ операціи сверхъ ожиданія появились регулы, которыя прекратились лишь 16—XI;—18—XI можно было констатировать полное срощеніе раны иромежности, 21—XI выписалась изъ клиники.

18. Марія Щ-ва, 23 лѣтъ, поступила въ клинику 6 ноября 1888 г., діагнозъ ruptura perinei 2 gr.—Рожала одинъ разъ два года тому назадъ. 8—XI подъ кокаиномъ сдѣлана per-phia; швы кэтгутовые; раза два непосредственно послѣ операціи мочу приходилось выпускать катетеромъ. 15—XI клизма, 18—XI швы отпали, заживленіе раны per primam. 22—XI выписалась изъ клиники.

19. Дарья Р-съ, 28 лѣтъ, поступила въ клинику 6 октября 1888 г., діагнозъ: Metritis et endometritis chron., ruptura perinei 2 gr.—Рожала три раза. 10—X подъ хлороформомъ сдѣлана ampu-

tatio portion. vagin.; 15—XI подъ хлороформомъ per-phia; наложено 6 глубокихъ и два поверхностныхъ кэтгутовыхъ шва; 18—XI появились регулы, продолжавшіяся три дня; 21—XI клизма, рана промежности зажила per-primam.

20. Ольга Гр—я, 31 года, поступила въ клинику 17 ноября 1888 г., діагнозъ: abortus habitualis, laceratio portion. vagin., prolapsus vagin., ruptura perinei 2 gr. Рожала одинъ разъ пять лѣтъ тому назадъ, причемъ разорвавшаяся промежность была тогда-же зашита. 25—XI подъ хлороформомъ каналъ шейки матки былъ расширенъ палочками Hegar'a, послѣ чего полость матки была выскоблена; далѣе сдѣлана операція Emmet'a; наконецъ per-phia; швы изъ кэтгута, нѣсколько узловатыхъ внизу и одинъ непрерывный на лоскутъ. При послѣдующемъ леченіи соблюдалось: обливаніе снаружи послѣ каждаго мочеиспусканія; вслѣдствіе обильнаго выдѣленія изъ влагалища ежедневныя влагалищныя спринцованія растворомъ сулемы; 28—XI, клизма; 1—XII швы начали отдѣляться; 3—XII въ верхней части раны небольшое поверхностное расхожденіе краевъ; 9—XII позволено сидѣть, а 11—XII встать съ постели; рана промежности въ результатѣ хорошо зарубцовалась; 17—XII выписана изъ клиники.

21. Марія Ал—я, 29 лѣтъ, поступила въ клинику 3 декабря 1888 г., діагнозъ: Metritis chron., endometritis cervical., laceratio portion. vagin., ruptura perinei 2 gr. Рожала четыре раза безъ помощи искусства; послѣ родовъ лежала обыкновенно до 3 недѣли вслѣдствіе плохой инволюціи матки. 7—XII подъ хлороформомъ сдѣлана операція Emmet'a по лоскутному методу, затѣмъ per-phia; при отсепарованіи лоскута безъ контроля пальцемъ со стороны recti передняя стѣнка послѣдней была случайно разсѣчена ножницами; рана была зашита кэтгутомъ обыкновеннымъ образомъ; съ того-же дня больная стала жаловаться на непріятное чувство въ кишкѣ; при дальнѣйшемъ теченіи рана промежности въ средней своей части нѣсколько разошлась и образовалась небольшая кишечно-промежностная фистула. Мѣсяцъ спустя, подъ хлороформомъ края этой фистулы были окровавлены и сшиты проволокой; на 8-й день швы были удалены, причемъ нѣкоторые изъ нихъ дали въ мѣстахъ уколовъ незначительное нагноеніе, рана однако зажила per primam и въ результатѣ получилась вполнѣ хорошая промежность.

22. Татьяна У—на, 29 лѣтъ, поступила въ клинику 6 декабря 1888 г., діагнозъ: Metritis chron., endo metritis haemorrhagica, cystitis, ruptura perinei 2 gr. Разрывъ промежности начинается отъ

задней стѣнки влагалища и немного не доходитъ до anus'a; при натуживаніи больной замѣтно выворачиваются передняя и задняя стѣнки влагалища. 14—XII подъ хлороформомъ сдѣлано выскабливаніе полости матки, amputat. portion. vagin. et per-phia; швы изъ кэтгута. Съ слѣдующаго дня появилось изъ влагалища сукровичное отдѣленіе, превратившееся затѣмъ въ кровотеченіе. имѣвшее характеръ menorrhagiae. Послѣдовательное леченіе состояло въ ежедневномъ влагалищномъ спринцованіи слабымъ растворомъ сулемы и въ обмываніи наружныхъ частей послѣ каждаго мочеиспусканія. На 4-й день клизма. 23—XII швы промежности почти всѣ отдѣлились; срощеніе раны полное, сукровичныя отдѣленія изъ влагалища продолжались и послѣ этого.

23. Викторія П—чь, 34 лѣтъ, поступила въ клинику 12 декабря 1888 г., діагнозъ: Metritis., chron ruptura perinei 1 gr.—Рожала три раза, 14—XII подъ хлороформомъ сдѣлана amputatio portion vagin et per-phia; швы кэтгутовые. Въ первые дни небольшое кровянистое отдѣленіе изъ влагалища. 20—XII клизма. 22—XII швы большею частію отдѣлились, рана зажила per primam. 30—XII больная выписана изъ клиники.

24. Тамила М—енъ, 32 лѣтъ, поступила въ клинику 11 декабря 1888 г. діагнозъ: endometritis haemor., laceratio part. vag., ruptura perinei 2 gr. 20—XII подъ хлороформомъ сдѣланы: abrasio mucos. cavit. corp. uteri, hysterotrachelorrhaphia съ образованіемъ лоскутовъ, per-phia; швы вездѣ кэтгутовые, 21—XII влагал. томпонъ удаленъ, влагал. спринцованія. 2—I 89 рана зажила per primam.

25. Марія Г—я, 44 лѣтъ, поступила въ клинику 25 ноября 1888 г., діагнозъ: Metritis chron. endometritis laceratio portion. vagin., ruptura perinei 2 gr. Рожала четыре раза; особа довольно полная, страдала всегда запорами и расширеніемъ геморроидальныхъ венъ. 24—1—89 г. подъ хлороформомъ сдѣлана amputatio portion. vagin et per-phia; швы кэтгутовые, на промежность числомъ семь. Вслѣдствіе выдѣленія изъ влагалища послѣднее спринцовалось ежедневно слабымъ растворомъ креолина. Нижній уголъ раны и лежащее между нимъ и anus-омъ пространство представлялись порядочно отечными и нѣсколько болѣзненными. 30—I швы промежности начали отдѣляться; въ верхней части раны произошло небольшое расхожденіе краевъ, зажившее потомъ per secundam. Отечность постепенно исчезла и промежность получилась вполнѣ хорошая.

26. Елизавета К—бе, 30 лѣтъ, поступила въ клинику 24 янва-

ря 1889 г., діагнозъ: Metritis chron. endometritis, ruptura perinei 2 gr.—Рожала одинъ разъ 7 лѣтъ тому назадъ и съ тѣхъ поръ считаетъ себя больной. 26—I подъ хлороформомъ сдѣлана amputatio portion. vagin. et per-phia; швы кэтгутовые. Ежедневное влагалищное спринцованіе. 29—I клизма. 3—II швы начали отпадать. prima intentio на всемъ пространствѣ. 10—II больная встала съ постели, 16—II выписана изъ клиники.

27. Марія Р—ская, 30 лѣтъ. поступила въ клинику 25—I 1889 г., діагнозъ: Metritis chron. endometritis, ruptura perinei 2 gr. Рожала три раза, особа весьма тучная съ расширеніемъ геморроидальныхъ венъ. 4—II подъ кокаиномъ сдѣлана per-phia; швы кэтгутовые; обмываніе снаружи послѣ мочеиспусканія, на 4-й день клизма; 10—II швы начали отпадать. 12—II въ нижней нѣсколько отечной части раны края немного разошлись, къ 20—II рана вполнѣ зажила и промежность получилась весьма хорошая.

28. Ольга Гр—ва, 33 лѣтъ. поступила въ клинику 24 января 1889 г., діагнозъ: laceratio portion. vagin. ruptura perinei 2 gr.—Рожала шесть разъ. 4—II подъ хлороформомъ сдѣлана операція Emmet-a et per-phia; швы кэтгутовые. Ежедневныя влагалищныя спринцованія. 8—II клизма; отъ 13—II до 17—II включительно регулы; 18—II при осмотрѣ швы оказались отдѣлившимися, а рана зажившей per primam; 20—II больная встала съ постели. 23—II выписана изъ клиники.

29. Розалія Р—ская, 30 лѣтъ, поступила въ клинику 12 февраля 1889 г., діагнозъ ruptura perinei 2 gr. Рожала два раза. 14—II подъ кокаиномъ сдѣлана per-phia, наложено 7 кэтгутовыхъ швовъ. Рана ежедневно обмывалась, 17—22—II регулы, 23—II швы почти всѣ отдѣлились, рана зажила per-primam. 25—II встала съ постели, 28—II выписана изъ клиники.

30. Елена М—цкая, 27 лѣтъ, поступила въ клинику 22 февраля 1889 г., діагнозъ: laceratio portion. vagin., ruptura perinei—2 gr.—Рожала три раза, послѣдніе роды были три года тому назадъ; получившійся при первыхъ родахъ разрывъ промежности былъ по словамъ больной непосредственно зашитъ, при послѣднихъ однако родахъ разрывъ произошелъ вторично и остался незашитымъ; обильныя бѣли. 24—II подъ хлороформомъ сдѣлана операція Emmet a et per-phia; швы кэтгутовые. Ежедневныя влагалищныя спринцованія растворомъ креолина; на 4-й день клизма. 6—III почти всѣ швы отпали, рана зажила per-primam. 8—III встала съ постели.

31. Василиса Б—ва, 32 лѣтъ, поступила въ клинику 13 февраля 1889 г., діагнозъ: prolapsus uteri, metritis chron., laceratio portion. vagin., ruptura perinei 2 gr.—Рожала два раза; послѣдніе роды были 8 лѣтъ тому назадъ, чувствуетъ себя больной со времени первыхъ родовъ, а отъ послѣднихъ состояніе еще болѣе ухудшилось. 25—II безъ наркоза сдѣлана amputatio colli uteri supravaginalis и colporaphia anter, затѣмъ съ коканномъ per-phia; швы вездѣ кэтгутовые. Довольно обильныя выдѣленія изъ влагалища требовали ежедневнаго спринцованія. 2—III клизма; 6—III швы начали отпадать; 10—III раны промежности и передней стѣнки влагалища зажили per-primam.

32. Софія Гр—нъ, 31 года, поступила въ клинику 28 февраля 1889 г., діагнозъ: ruptura perinei 2 gr. Рожала одинъ разъ три года тому назадъ и, получившійся при этомъ, разрывъ промежности не былъ зашитъ. Въ октябрѣ 1888 г. однимъ хирургомъ въ С.-П—бургѣ сдѣлана операція возстановленія промежности, но судя по имѣющимся въ настоящее время даннымъ, требуемаго сращенія раны не наступило. 3—III съ коканномъ сдѣлана per-phia; наложено четыре кэтгутовыхъ шва. Поверхностное обмываніе раны; на четвертый день клизма; 10—III швы большею частью отпали, рана зажила per-primam.

33. Юлія С—ко, 24 лѣтъ, поступила въ клинику 11 февраля 1889 г., діагнозъ: retroflexio, metritis chron., endometritis haemorrhagica, laceratio portion. vagin., ruptura perinei 2 gr. Рожала три раза; послѣдніе роды были 2½ года тому назадъ, продолжались двое сутокъ и съ этого времени считаетъ себя больной. 14—II сдѣлано выскабливаніе полости матки ложкою Martin-a; наступившіе послѣ этого регулы прошли въ гораздо меньшемъ количествѣ; 9—III подъ хлороформомъ сдѣлана операція Emmet-a и per-phia, рана зашита кэтгутовымъ непрерывнымъ швомъ въ два этажа (Martin); первыя сутки жаловалась на боль въ ранѣ, нижній уголъ раны, а также и верхушка лоскута представлялись въ первые дни отчетными, что послѣ однако почти совершенно прошло; 16—III швы стали отдѣляться, рана представлялась зажившею per-primam.

34. Марія К—ва. 38 лѣтъ, поступила въ клинику 5 марта 1889 г. діагнозъ: Metritis chron., laceratio port vag., ruptura perinei. 2 gr. 14—III подъ хлороформомъ amputatio port. vag., 8 кэтгутовыхъ швовъ, затѣмъ per-phia, рана зашита непрерывавшимъ кэтгутомъ въ два этажа. 15—III регулы, самочувствіе хорошее, позволено лежать на боку, рана обмывается снаружи. 20—III регулы окончились, рана

имѣетъ хорошій видъ, отека нѣтъ, швы еще хорошо лежатъ, назначена клизма. 25—III швы отпали, рана зажила per primam. 30—III позволено встать съ постели.

35. Анна Б—ва, 29 лѣтъ, поступила въ клинику 14 марта 1889 г. діагнозъ: perimetritis post., ruptura perinei 2 gr. рожала одинъ разъ два года тому назадъ, роды окончены щипцами, съ этого времени считаетъ себя больной. 20—III подъ кокаиномъ per-phia. непрерывный кэтгутовый шовъ въ два этажа. 22—III боль въ ранѣ ничтожная, обмываніе снаружи послѣ мочеиспусканія и одинъ разъ въ сутки влагалищное спрынцованіе. 25—III клизма 30—III швы отпали, рана зажила per primam, разрѣшено осторожно садиться.

36. Марія Д—ва, 28 лѣтъ. поступила въ клинику 18 марта 1889 г. діагнозъ: Fistula recto-vaginalis, ruptura perinei 2 gr. рожала три раза; первые роды на 8 мѣс. окончены щипцами; вторые и третіе въ срокъ окончены перфораціей. Послѣ вторыхъ родовъ стала замѣчать выхожденіе газовъ изъ влагалища, лечили прижиганіемъ ляписомъ; послѣ послѣднихъ родовъ выхожденіе газовъ усилилось, прижиганіе ляписомъ и каленымъ желѣзомъ не принесло пользы. При наружномъ изслѣдованіи: нижняя половина половой щели сильно зіяетъ; на мѣстѣ задней спайки и лодьеобразной ямки большой рубецъ, распространяющійся по задней стѣнкѣ влагалища до column. rug. post, нижняя $^1/_4$ которой разрушена и оканчивается въ видѣ двухъ лопастей, правой большей и лѣвой меньшей; подъ послѣдней имѣется отверстіе, пропускающее головку маточнаго зонда. 20—III подъ кокаиномъ per-phia, лоскутъ отсепарованъ былъ выше фистулы на 2 cntm.. зашиваніе раны какъ и въ предъидущихъ случаяхъ непрерывнымъ кэтгутомъ въ два этажа и кромѣ того нѣсколько узловатыхъ швовъ. 21—III обмываніе раны послѣ мочеиспусканіи и одинъ разъ въ сутки влагалищное спрынцованіе 26—III клизма, 30—III швы отпали. рана зажила почти на всемъ пространствѣ per primam. 2—IV разрѣшено сидѣть. 4—IV при ближайшемъ изслѣдованіи промежность представлялась вполнѣ хорошей и ничто не указывало на бывшую фистулу; разрѣшено встать съ постели.

Для того чтобы выразить то представленіе, которое у насъ составилось объ этомъ методѣ на основаніи приведенныхъ случаевъ, я позволю себѣ сдѣлать возможное обобщеніе, прибавивъ тѣ подробности, которыя въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ не представляли ничего особеннаго, почему и не были большею частью заме-

сены въ листки, а между тѣмъ при болѣе внимательномъ наблюденіи замѣчались въ большинствѣ случаевъ и въ массѣ представляютъ уже явленія, нелишенныя значенія для общей характеристики метода. Самое конечно главное—это болѣе или менѣе полный успѣхъ во всѣхъ случаяхъ при отсутствіи какихъ-либо важныхъ неблагопріятныхъ осложненій или послѣдствій. Рана большею частію заживала первымъ натяженіемъ; лишь въ немногихъ случаяхъ у субъэктовъ очень полныхъ или обладавшихъ расширеніемъ геморроидальныхъ венъ замѣчалось небольшое расхожденіе краевъ раны, заживавшее потомъ вторымъ натяженіемъ безъ какого-либо ущерба успѣху операціи.—Далѣе, возможность обходиться безъ хлороформа при помощи мѣстной анэестезіи. Хлороформный наркозъ примѣнялся лишь въ тѣхъ случаяхъ гдѣ того требовали другія операціи одновременно дѣлаемыя, или при особыхъ индивидуальныхъ показаніяхъ со стороны нервной системы больныхъ. Наконецъ относительная простота техники и скорость выполненія при помощи весьма немногихъ простыхъ инструментовъ.

Въ первой половинѣ случаевъ начальный разрѣзъ производился по Sänger'у, т. е. сначала поперечно по промежности, а затѣмъ отъ концовъ его почти подъ прямымъ угломъ проводились два разрѣза къ верху, такъ что послѣ отсепарованія лоскута и приподнятія его вверхъ полученная рана имѣла видъ прямоугольника. При стягиваніи такой поверхности въ одну вертикальную линію надъ anus-омъ формировался невольно выступъ болѣе или менѣе значительный, который часто не сглаживался и по заживленіи раны. Это было тѣмъ болѣе замѣтно, что средина получаемой промежности всегда имѣла нѣкоторое вдавленіе образующееся вслѣдствіе стягиванія краевъ раны съ наибольшей въ этомъ мѣстѣ глубиной ея. Въ верху-же, при сближеніи краевъ лоскута отчасти сократившагося, углы его оказывались по меньшей мѣрѣ излишними, почему и срѣзывались ножницами. Эти два обстоятельства и привели насъ къ рѣшенію измѣнить прямоугольную фигуру первоначальнаго разрѣза на дугообразную, которая въ значительной степени устраняетъ указанныя невыгоды. Рана въ большинствѣ случаевъ зашивалась обыкновеннымъ узловатымъ швомъ, причемъ игла вкалывалась внѣ раны, немного отступя отъ ея краевъ.

Матеріаломъ для швовъ первоначально служилъ крученый шелкъ и, смотря по величинѣ раны, накладывалось 5—7 глубокихъ швовъ, для которыхъ употреблялись болѣе толстыя нити, а затѣмъ еще 3—5 поверхностныхъ шва тонкой нитью. Само собою разумѣется,

шелкъ употреблялся должнымъ образомъ дезинфецированный и обработанный іодоформомъ, каковой имѣется готовымъ въ продажѣ. Будучи матеріаломъ сравнительно недорогимъ и легко доступнымъ, шелкъ имѣетъ однако для этой операціи свою неудобную сторону, такъ какъ оставленный въ ранѣ болѣе пяти дней, онъ прорѣзываетъ края и вслѣдствіе этого, какъ-бы углубляясь въ ткани, дѣлаетъ сниманіе швовъ актомъ затруднительнымъ и отчасти болѣзненнымъ. Поверхность зажившей раны получается неровной съ поперечными бороздами; кромѣ того не рѣдко въ мѣстахъ уколовъ развивалось на 5—6 день поверхностное нагноеніе, зависящее быть можетъ отчасти отъ мѣстныхъ условій данной области. Снимая-же швы ранѣе 7—8 дня, мы рискуемъ получить расхожденіе слабо спаянныхъ краевъ раны, что иногда и замѣчалось. Насколько шелковые швы врѣзываются здѣсь въ ткани и сниманіе ихъ затруднительно, можетъ служить нѣкоторой иллюстраціей недавно наблюдавшійся въ клиникѣ случай, гдѣ при осмотрѣ амбулаторной больной былъ замѣченъ на задней стѣнкѣ влагалища шовъ, остававшійся тамъ, какъ оказалось по справкамъ, два года со времени произведенной colpopireneorrhaphi-и.

Въ хирургіи при пластическихъ операціяхъ, гдѣ кромѣ прочности соединенія краевъ раны имѣются въ виду и требованія косметики, пользуются повидимому заслуженной репутаціей металлическіе швы и изъ нихъ предпочтительно серебряная проволока. Мы выше видѣли, что и при нашей операціи вполнѣ опытный Sänger примѣняетъ въ своихъ случаяхъ съ полнымъ успѣхомъ серебряный шовъ, который настойчиво и рекомендуетъ. Въ нашихъ случаяхъ металлическій шовъ не былъ примѣненъ ни разу. Будучи убѣжденъ въ полной пригодности серебряной проволоки для зашиванія раны промежности, я думаю однако, что и этотъ матеріалъ далеко не имѣетъ всѣхъ преимуществъ, которыя ставили-бы его выше другихъ. Не говоря уже о томъ, что это матеріалъ сравнительно дорогой и не всегда имѣющійся подъ рукой, слѣдуетъ замѣтить, что самый способъ накладыванія швовъ относительно копотливъ, особенно если слѣдовать совѣту, указанному въ учебникѣ Vulliet et Lutaud.—Длинные концы швовъ снаружи, во избѣжаніе раздраженія окружающихъ частей, должны быть обертываемы ватой или липкимъ пластыремъ, что вмѣстѣ взятое можетъ до извѣстной степени затруднять соблюденіе должной чистоты поверхности раны и вообще наружныхъ частей, особенно если существуетъ какое-либо выдѣленіе изъ рукава. Больныя по словамъ наблюдавшихъ жалуются

нѣсколько дней послѣ операціи на чувство боли и колотье въ ранѣ. Наконецъ сниманіе проволочныхъ швовъ является также актомъ сопряженнымъ съ непріятностями для больныхъ.—Самъ Lawson Tait, употреблявшій въ началѣ серебрянную проволоку и безъ сомнѣнія съ хорошими результатами, въ послѣднее время счелъ однако болѣе удобнымъ употреблять для зашиванія раны Fil de Florence. Нѣкоторые нѣмецкіе операторы напр. Winckel предпочтительно употребляютъ для зашиванія ранъ Silkworm-нить, добываемую, кажется, изъ кишечника шелковичнаго червя. Случается встрѣчать также указанія на зашиваніе ранъ нитями, добываемыми изъ китоваго уса, а также сухожилій кэнгуру. но о пригодности ихъ для нашей операціи судить не имѣю возможности.

Въ клиникѣ проф. Славянскаго еще раньше нерѣдко при различныхъ операціяхъ съ успѣхомъ примѣнялся для зашиванія ранъ юниперный кэтгутъ. Всѣмъ извѣстное достоинство кэтгута, способность всасываться составляетъ во многихъ случаяхъ въ тоже время и важный его недостатокъ, такъ какъ это всасываніе наступаетъ раньше, чѣмъ произошло прочное сроценіе сближенныхъ поверхностей раны. Это обстоятельство и было преимущественной причиной, почему кэтгутъ, принятый вначалѣ всѣми съ восторгомъ, какъ впрочемъ большинство новинокъ, былъ затѣмъ сравнительно скоро заброшенъ почти совсѣмъ, какъ матеріалъ ненадежный. А между тѣмъ путемъ не хитрой обработки можно достигнуть того, что всасываніе его наступаетъ въ извѣстной степени согласно нашему желанію, т. е. спустя столько времени, сколько требуется для достаточно прочнаго сроценія раны. Существуетъ нѣсколько способовъ такой обработки, имѣющей цѣлью уплотнить ткань кэтгута. Для нашихъ случаевъ, а также и иныхъ геникологическихъ операцій кэтгутъ приготовлялся слѣдующимъ образомъ. Продажный кэтгутъ средней толщины опускался на нѣсколько часовъ (5—6) въ 1‰ растворъ сулемы, затѣмъ онъ переводился въ Ol. Juniperi (e lignо) на сутки, а потомъ помѣщался въ спиртъ 80—90°, гдѣ и хранился до употребленія въ дѣло. Конечно и этотъ матеріалъ далеко не можетъ считаться идеальнымъ во всѣхъ отношеніяхъ. Изъ недостатковъ его упомяну слѣдующіе: не всегда равномѣрная толщина нити, зависящая между прочимъ отъ продолжительности пребыванія въ спиртѣ и крѣпости послѣдняго; способность довольно быстро разбухать при соприкосновеніи съ водой, послѣдствіемъ чего бываетъ недостаточная крѣпость узла; при зашитой ранѣ разбухающая наружная часть шва какъ-бы распираетъ мѣста уколовъ,

оставляя при отпаденіи своемъ на нѣкоторое время замѣтныя ямки, скоро впрочемъ сглаживающіяся. Но при этихъ мелкихъ недостаткахъ, которые къ тому-же можно при желаніи довести до minimum-а, юниперный кэтгутъ обладаетъ слѣдующими важными достоинствами: при аккуратной обработкѣ онъ является вполнѣ асептичнымъ; сухая нить хорошо стягиваетъ края раны и закрѣпляется прочнымъ узломъ; даетъ полную возможность осматривать поверхность раны и поддерживать требуемую чистоту; не прорѣзываетъ тканей и не вызываетъ обыкновенно въ мѣстахъ уколовъ нагноенія; наконецъ самое важное преимущество кэтгута это его способность всасываться, освобождающая и больную и врача отъ процедуры сниманія швовъ, что во многихъ случаяхъ можетъ оказаться весьма удобнымъ въ нѣсколькихъ отношеніяхъ. Ernest Herman, признавая за кэтгутомъ изложенныя качества, употребляетъ его преимущественно для зашиванія промежностей. Въ нашихъ случаяхъ наблюденія за раной большею частью производились черезъ день, причемъ можно было замѣтить, что первые 4—5 дней наружная часть швовъ оказывалась вслѣдствіе набуханія нѣсколько толще и мягче; однако швы вполнѣ хорошо исполняли свое назначеніе; въ послѣдующіе 2—3 дня швы какъ-бы ослабѣвали, поддерживая однако края раны во взаимномъ соприкосновеніи и только приблизительно на 8—9 день потемнѣвшіе узлы кэтгута отпадали, смываемые струей воды или свободно снимались пинцетами, оставляя послѣ себя иногда ямочки въ мѣстахъ уколовъ. Сама-же рана заживала обыкновенно первымъ натяженіемъ и при нѣкоторой осторожности со стороны больныхъ не давала потомъ поверхностнаго расхожденія краевъ. На 12—13 день больнымъ разрѣшалось по немногу вставать съ постели; а на 14—15 день онѣ б. ч. могли быть отпускаемы домой. Новымъ доказательствомъ полной пригодности юниперного кэтгута для зашиванія ранъ можетъ служить еще значительное количество операцій на маткѣ, при которыхъ проф. Славянскій примѣнялъ этотъ шовъ съ полнымъ успѣхомъ—послѣдовательнаго кровотеченія ни разу не наблюдалось, а осмотрѣнная спустя двѣ три недѣли рана оказывалась обыкновенно хорошо зажившей.

Я старался по возможности выяснить всѣ подробности, касающіяся кэтгута, такъ какъ по моему мнѣнію этотъ матеріалъ заслуживаетъ самаго широкаго примѣненія для зашиванія ранъ въ гинекологическихъ операціяхъ; въ частности-же для зашиванія промежностей я не нахожу словъ, чтобъ достаточно его рекомендовать.

Къ сожалѣнію я могу представить лишь одинъ свой случай свѣжаго разрыва промежности, зашитый съ полнымъ успѣхомъ кэтгутомъ, но я позволю себѣ думать, что и здѣсь онъ является наиболѣе подходящимъ матеріаломъ, будетъ ли онъ накладываться по Bröse или простымъ узловатымъ швомъ *). Тщательно зашитый свѣжій разрывъ задней стѣнки влагалища и промежности можетъ быть до извѣстной степени игнорируемъ при дальнѣйшемъ уходѣ за родильницей. А между тѣмъ всякому, кто примѣнялъ въ этихъ случаяхъ шелкъ, вѣроятно помнится, сколько хлопотъ представляетъ сниманіе такихъ швовъ. При той сочности и рыхлости тканей, которыя наблюдаются въ этомъ періодѣ, шелковые швы настолько углубляются, что ихъ приходится буквально розыскивать, а захвативъ пинцетомъ, сильно оттягивать, чтобы имѣть возможность продѣть конецъ ножницъ въ петлю, при чемъ нерѣдко повреждается еще непрочная спайка краевъ разрыва; оставлять-же швы болѣе долгое время не удобно въ виду возможности получить вокругъ нихъ нагноеніе, а иногда и просто невозможно, ибо родильница уходитъ отъ нашего наблюденія.

Послѣдовательный уходъ за оперированными промежностями въ нашихъ случаяхъ не проводился вполнѣ одинаковымъ образомъ и и не былъ достаточно систематизированъ, а такъ какъ различныя частности его не представляютъ ничего заслуживающаго особаго вниманія, то я и изложу его ниже въ той формѣ, какая намъ представляется наиболѣе раціональной на основаніи всѣхъ сдѣланныхъ наблюденій.

Теперь-же я изложу по отдѣльнымъ моментамъ самый методъ операціи возстановленія промежности съ образованіемъ лоскутовъ, какъ это за послѣднее время производилось въ клиникѣ проф. Славянскаго. Приготовленіе больной наканунѣ состоитъ въ томъ, что она принимаетъ слабительное и общую теплую ванну, а утромъ передъ операціей еще клизму. Если почему-бы то ни было предстоитъ хлороформированіе, то конечно требуется воздержаніе отъ пищи, хотя я считаю умѣстнымъ разрѣшать больнымъ выпить часа за два до хлороформированія полстакана чаю, такъ какъ это, ни мало не

*) Въ своемъ отчетѣ о движеніи родовъ въ Покровскомъ Родильномъ пріютѣ за 1884—85 годъ А. Р. Фишеръ между прочимъ указываетъ, что въ нѣсколькихъ случаяхъ онъ зашивалъ свѣжіе разрывы промежности юниперным кэтгутомъ и результатами оставался очень доволенъ. См. сообщеніе д-ра Вяжлинскаго въ засѣданіи Общества Русскихъ Врачей. (С.-Петербургъ) 20 Декабря 1884 г.

мѣшая наркозу, освобождаетъ больныхъ отъ непріятнаго чувства жажды и пустоты въ желудкѣ. Собственно говоря, приготовленія для нашей операціи должны состоять лишь въ опорожненіи толстой кишки и омовеніи подлежащей оперированію области, что можетъ быть достигнуто любымъ способомъ. Какъ видно изъ приведенныхъ примѣровъ въ большинствѣ случаевъ бываетъ нужно производить предварительно какую либо операцію надъ маткой подъ хлороформомъ, тогда имъ пользуются конечно и для перинеопластики; собственно-же для послѣдней хлороформъ слѣдуетъ примѣнять лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Обыкновенно бываетъ вполнѣ достаточно мѣстнаго наркоза, достигаемаго подкожнымъ введеніемъ раствора Cocaini muriatici 0,05—0,1 пополамъ по обѣ стороны предполагаемаго разрѣза. Не могу при этомъ не высказать своего удивленія, что такъ часто приходится слышать объ образованіи абсцессовъ на мѣстѣ подкожнаго введенія какого либо препарата. Мнѣ приходилось сравнительно много разъ впрыскивать подъ кожу различныя вещества и я ни одного разу не наблюдалъ не только гнойника, но даже признаковъ значительнаго раздраженія. Я думаю, что хирургическая чистота шприца и аккуратность выполненія составляютъ главныя условія успѣха, безъ которыхъ и стерелизація растворовъ едва ли будетъ служить достаточной гарантіей. Въ большинствѣ своихъ случаевъ, гдѣ это было возможно, я бралъ для приготовленія растворовъ вмѣсто дестиллированной воды 2% растворъ карболовой кислоты. Кромѣ того, если прочно захватить складку кожи тремя пальцами и слегка сдавить, то быстрое вкалываніе острой иглы оказывается нечувствительнымъ для больныхъ.

Для операціи больная кладется на край стола или поперечной кровати на спину съ притянутыми къ животу бедрами, которыя удерживаются помощниками или въ случаѣ необходимости какимъ-либо инымъ образомъ. Вся область наружныхъ половыхъ частей и промежности еще разъ обмывается мыломъ и какимъ-либо дезинфецирующимъ растворомъ, напр. 2% растворомъ карболовой кислоты или креолина, которымъ проспринцовывается и влагалище. Если обиліе и длина волосъ могутъ намъ представить нѣкоторую помѣху, то слѣдуетъ ихъ при этомъ подстричь. Далѣе вся операція производится подъ постоянной ирригаціей 2% растворомъ карболовой кислоты, которая, гарантируя чистоту раны, непрерывно смываетъ кровь и тѣмъ дѣлаетъ рану постоянно доступной для глазъ.

При неполныхъ разрывахъ промежностей первый разрѣзъ, обрисовывающій лоскутъ, имѣетъ видъ дуги, концы которой, обращен-

ные къ верху, начинаются на томъ уровнѣ, гдѣ желаемъ получить заднюю спайку входа во влагалище, т. е. немного подъ и кнаружи отъ малыхъ губъ. Обращенная книзу выпуклость дуги, охватывая старый рубецъ, проходитъ, смотря по величинѣ разрыва, на большемъ или меньшемъ разстояніи надъ anus'омъ. Разрѣзъ этотъ дѣлается ножемъ въ одинъ или два пріема, долженъ быть конечно ровный и по возможности сразу проникать до клѣтчатки. Когда лоскутъ такимъ образомъ очерченъ, нижній край его захватывается острымъ крючкомъ или пулевыми щипцами, которыми помощникъ оттягиваетъ его къ верху; операторъ-же вводитъ лѣвый указательный палецъ въ прямую кишку и подъ контролемъ его расщепляетъ влагалищно-прямокишечное пространство сначала ударами остроконечныхъ ножницъ или ножемъ, а затѣмъ отсепаровывая лоскутъ просто пальцами безъ рѣжущихъ инструментовъ. Слѣдуетъ при этомъ помнить, что прямая кишка на своемъ протяженіи дѣлаетъ нѣсколько изгибовъ, изъ которыхъ важный для насъ нижній имѣетъ направленіе кзади, такъ что передняя стѣнка recti съ поверхностью промежности образуетъ острый уголъ; при старыхъ-же разрывахъ промежности поверхность рубца иногда такъ близко прилегаетъ къ передней стѣнки recti, что послѣдняя можетъ быть легко повреждена при неосторожномъ углубленіи рѣжущаго инструмента. Введеніе пальца въ rectum въ указанный выше моментъ я считаю обязательнымъ, такъ какъ надавливая имъ изнутри на промежность, мы фиксируемъ себѣ разсѣкаемое пространство и, осязая ходъ инструмента, гарантируемъ цѣлость стѣнки recti *), а при этомъ смѣлѣе можемъ выкроить болѣе толстый вполнѣ жизнеспособный лоскутъ (см. рис. № 1-й). Введеніе двухъ пальцевъ, какъ совѣтуютъ другіе, растягивая безъ надобности anum, едва-ли можетъ оказать какую-либо пользу. Точно также выкраиваніе лоскута прямо остроконечными ножницами безъ предварительнаго разрѣза ножемъ по моему мнѣнію не заслуживаетъ подражанія. Въ анатомическомъ отношеніи разсѣкаемое мѣсто вполнѣ безопасно, такъ какъ попадающіяся артеріальныя вѣточки обыкновенно мелки и не требуютъ даже скручиванія, достаточно зажимаясь при стягиваніи раны. Болѣе вниманія заслуживаютъ пожалуй вены, которыя у больныхъ, страдающихъ геморроемъ, могутъ имѣть значительный просвѣтъ, давать относительно большое кровотеченіе и при неблагопріятныхъ обстоятельствахъ служить послѣ источникомъ флебита. Кромѣ того у полныхъ

*) См. Исторію болѣзни № 21.

геморроидальныхъ больныхъ нижняя часть раны и лежащій книзу участокъ обыкновенно на другой-же день послѣ операціи значительно

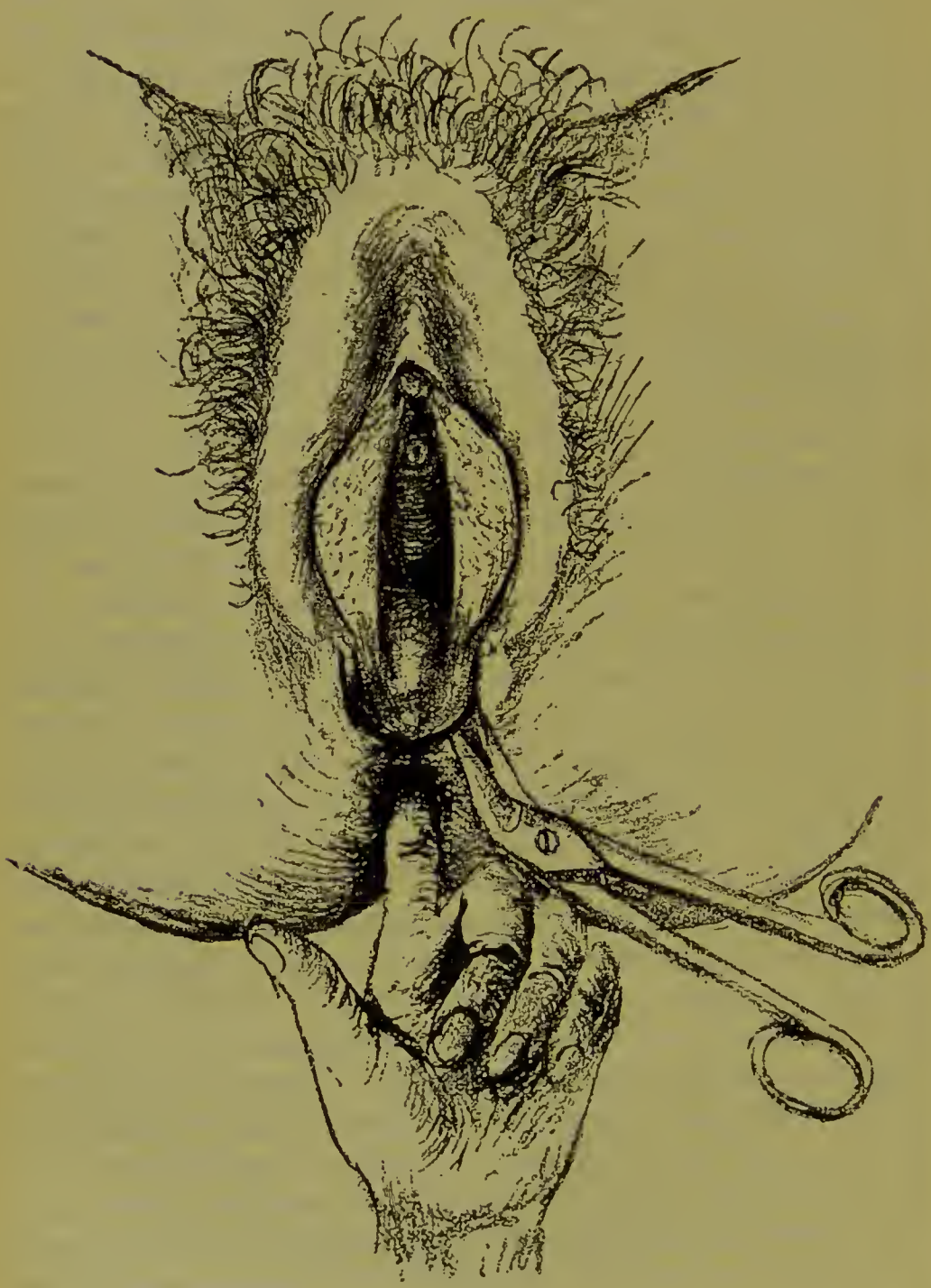

Рис. 1.

отекаетъ, принимая форму какъ-бы новой геморроидальной шишки; у нихъ-же чаще наступаетъ послѣ отпаденія швовъ поверхностное расхожденіе краевъ раны. Во избѣжаніе этого, мнѣ кажется, въ по-

добныхъ случаяхъ при отдѣленіи лоскута слѣдуетъ, по возможности, обходиться безъ помощи рѣжущихъ инструментовъ.

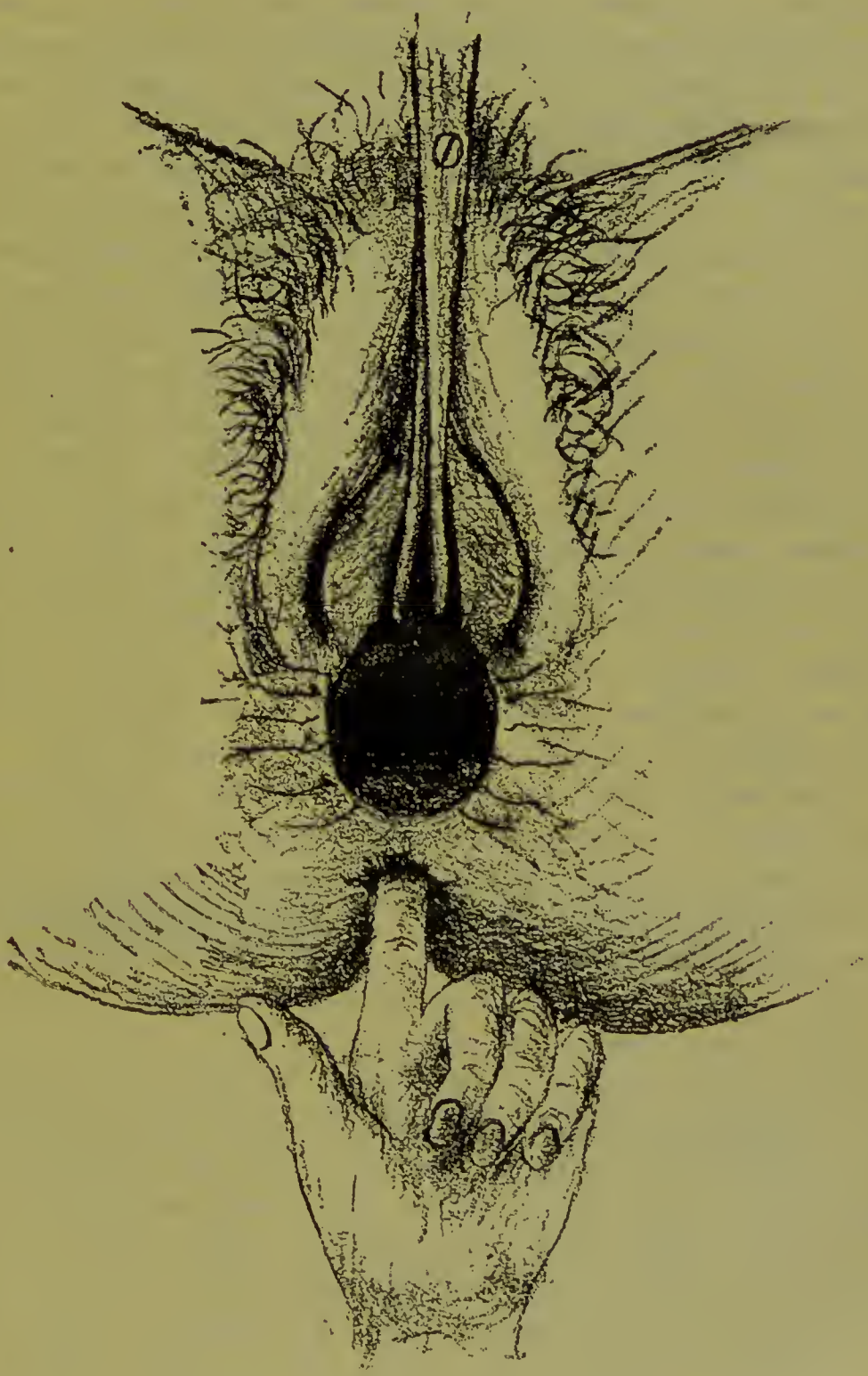

Рис. 2.

Когда лоскутъ отсепарованъ до своего основанія и оттянутъ кверху, то полученная раненая поверхность представится намъ въ

формѣ ромба съ закругленными лишь верхнимъ и нижнимъ углами (см. рис. 2-й). Если далѣе бока этого ромба мы сблизимъ другъ съ другомъ до образованія одной вертикальной линіи, то увидимъ, что изъ нижней большей части ромба образовалась собственно промежность, а изъ верхней, т. е. сложеннаго лоскута получился язычекъ или розетка, замѣняющая собою заднюю спайку входа во влагалище. Зашивается сначала нижняя часть раны, причемъ иглы вкалываются внѣ раны на 2—3 mlm. отъ края ея; съ помощію пальца, находящагося in recto, онѣ проводятся непосредственно подъ поверхностью раны до противоположной стороны, гдѣ симетрично выкалываются на такомъ-же разстояніи отъ края. Когда такимъ образомъ проведено шва 4 или 5, то ихъ слѣдуетъ тотчасъ завязать, стараясь конечно, чтобы сближенные края раны хорошо прилегли другъ къ другу. Иногда послѣ этого оказывается нужнымъ наложить еще 1—2 поверхностныхъ шва, тогда это дѣлается сообразно съ обстоятельствами каждаго даннаго случая. Боковыя края лоскута, значительно уже сократившагося стягиваются или нѣсколькими узловатыми швами, или однимъ непрерывнымъ. Большею частію бываетъ вполнѣ достаточно наложить одинъ шовъ у основанія лоскута, а второй провести дугообразно по всему свободному краю лоскута, который такимъ образомъ и затянется въ видѣ розетки (см. рис. 3-й).

Желая зашить рану, согласно совѣту Martin-а, непрерывнымъ швомъ, слѣдуетъ поступать, мнѣ кажется, такимъ образомъ: когда лоскутъ отсепарованный приподнятъ пулевыми щипцами къ верху, берется игла съ длинной нитью и на нижній уголъ раны накладывается одинъ узловатый шовъ; затѣмъ длиннымъ концомъ нити накладывается снизу вверхъ нижній этажъ непрерывнаго шва, захватывающаго лишь срединную часть раны. Когда шовъ перешелъ основаніе лоскута щипцы съ послѣдняго снимаются, иглу проводятъ дугообразно по всему свободному краю его, какъ-бы нанизывая и, стянувъ затѣмъ нить, получаютъ изъ лоскута небольшую благовидную розетку. Далѣе той-же нитью зашиваніе продолжается вновь книзу, причемъ этотъ верхній этажъ непрерывнаго шва захватываетъ уже края раны и тѣ краевые участки послѣдней, которые не вошли въ первый ходъ шва.—Наружный шовъ на своемъ пути нѣсколько закрѣпляется въ родѣ того, какъ это дѣлается на петляхъ платья, а конецъ нити связывается внизу съ оставшимся другимъ концомъ перваго узла.

При полныхъ разрывахъ промежности первый разрѣзъ ведется какъ и въ предыдущихъ случаяхъ.—Нижняя часть дуги будетъ

при этомъ проходить по рубцовому свободному краю septi recto vaginalis, которая также разсѣкается для образованія лоскута. Такъ

Рис. 3.

какъ въ этихъ случаяхъ лоскутъ можетъ получиться слишкомъ тонкій, то во избѣжаніе этого разрѣзъ съ боковъ по возможности углубляется въ ткани и тогда бока лоскута могутъ быть отсепарованы немного толще. Для возстановленія разорванной передней части кольца anus-а слѣдуетъ съ обѣихъ сторонъ нижняго края septi, начиная отъ дуги перваго разрѣза, сдѣлать два небольшихъ разрѣза книзу по обѣ стороны дефекта (см. рис. 4-й). Разрѣзы эти углубляются затѣмъ съ такимъ расчетомъ, чтобы части тканей, лежащія кнутри отъ нихъ, были немного отсепарованы въ формѣ двухъ небольшихъ лоскутовъ, отгибающихся кнутри. Такимъ образомъ книзу отъ дуги перваго разрѣза по обѣ стороны передней

половины anus-а мы получаемъ двѣ симметричныя раненныя поверхности, (см. рис. 5-й), сблизивъ которыя и сшивъ, возстано-

Рис. 4.

вимъ переднюю часть заднепроходнаго кольца (см. рис. 6-й). При сшиваніи этихъ раненныхъ поверхностей нужно стараться, чтобы какъ наружныя края, которые окажутся на поверхности, такъ и внутренніе, обращенные въ полость recti были по возможности хорошо взаимно прилажены; далѣе, чтобы швы охватывающіе обѣ эти раненыя поверхности не проникали-бы въ полость прямой кишки.—Надо полагать, что и при полныхъ разрывахъ промежности сшиваніе раны непрерывнымъ швомъ въ два этажа окажется вполнѣ умѣстнымъ; однако ректальные лоскуты я совѣтывалъ-бы сверхъ того укрѣплять еще нѣсколькими узловатыми швами.

Матеріаломъ для зашиванія раны на основаніи вышеприведенныхъ соображеній слѣдуетъ брать юниперный кэтгутъ, хорошо обра-

ботанный и средней толщины. Не указываю номера этихъ нитей потому, что онъ едва-ли можетъ служить точнымъ мѣриломъ ихъ

Рис. 5.

толщины, которая къ тому-же замѣтно измѣняется въ зависимости отъ крѣпости спирта и продолжительности уплотненія.

Послѣ наложенія швовъ операцію можно считать оконченной, ирригація прекращается, рана осушается шариками ваты, слегка посыпается іодоформомъ и прикрывается на первое время небольшимъ компресомъ изъ ваты или марли.

Такъ называемое послѣдовательное леченіе оперированныхъ весьма несложно и можетъ быть изложено въ нѣсколькихъ словахъ. Чтобы гарантировать возможный покой ранѣ, больнымъ не мѣшаетъ связать бедра косынкой или чѣмъ-нибудь подобнымъ. Что касается способа лежанія больныхъ, то мнѣ кажется, нѣтъ основанія держать ихъ долго на спинѣ; обыкновенно послѣ первыхъ сутокъ я

разрѣшалъ имъ ложиться на бокъ лишь-бы поворачиваніе совершалось осторожно. Выпусканіе мочи катетеромъ далеко не составляет

Рис. 6.

необходимости, но въ тѣхъ случаяхъ, когда больнымъ производится нѣсколько операцій, онѣ нерѣдко въ первые сутки не могутъ сами мочиться и тогда по неволѣ приходится пользоваться катетеромъ. Послѣ мочеиспусканія, при которомъ, благодаря горизонтальному положенію, орошаются всѣ наружныя части, слѣдуетъ чистоты ради дѣлать обмыванія какимъ-либо слабымъ дезинфецирующимъ растворомъ и осушать гигроскопической ватой.—Если существуютъ изъ влагалища отдѣленія, то, смотря по характеру и количеству послѣднихъ, дѣлаются соотвѣтственныя влагалищныя спринцованія. Такъ какъ передъ операціей кишечникъ больныхъ хорошо опорож-

няется, а въ первые затѣмъ дни онѣ охотно соблюдаютъ слабую діету, то испражненіе обыкновенно произвольно не наступаетъ и тѣмъ не нарушается покой раны.—Не слѣдуетъ однако этимъ злоупотреблять и допускать возможность скопленія твердыхъ каловыхъ массъ въ прямой кишкѣ, которыя послѣ могутъ доставить не мало хлопотъ. По этому на 4 или 5 день нужно поставить больнымъ клизму, лучше съ масломъ, а иногда кромѣ этого приходится дать еще внутрь легкое слабительное. При полныхъ разрывахъ промежности выгоднѣе дольше рекомендовать слабую діету или дать не много опія, дабы испражненій не было въ теченіи 7—8 дней по весьма понятной причинѣ; при этомъ я считаю однако излишнимъ вводить въ прямую кишку тампонъ или трубочку, обернутую марли, какъ это дѣлаютъ другіе.—На 8—9 день раль швовъ уже оканчивается, но размякшіе и потемнѣвшіе узлы могутъ, прилипая къ частямъ, держаться дольше на поверхности раны, поэтому ихъ лучше снять пинцетомъ, а область раны еще посыпать слегка іодоформомъ. На другой или третій день послѣ этого больнымъ можно разрѣшить садиться въ постели, а еще черезъ 2—3 дня по немногу начать ходить.

Такимъ образомъ мы видимъ, что уходъ за оперированными на столько простъ, что въ случаѣ необходимости мы можемъ поручить его кому-либо изъ окружающихъ, сдѣлавъ должныя наставленія.—Даже при какой-либо погрѣшности въ этомъ уходѣ неблагопріятнымъ послѣдствіемъ можетъ быть развѣ поверхностное расхожденіе краевъ раны, долженствующее потомъ зажить per secundam, что собственно говоря, не составляетъ очень большаго значенія для конечныхъ результатовъ операціи.

Осматривая каждую оперированнную непосредственно передъ уходомъ изъ клинники, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и послѣ этого, мы выносили во всѣхъ почти случаяхъ убѣжденіе, что возстановленная этимъ методомъ промежность должна удовлетворять всѣмъ требованіямъ какъ физіологическаго отправленія, такъ и косметики. Это убѣжденіе даетъ намъ право съ своей стороны настойчиво рекомендовать предлагаемый методъ перинеопластики и служитъ для насъ нравственнымъ утѣшеніемъ, что наша весьма скромная работа все-же не останется мертвой буквой, а послужитъ малой лептой къ облегченію труда товарищей и на пользу страждущимъ.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Руководство къ Общей и Частной Хирургіи Питы и Бильрота, ч. IV, т. II, вып. 2, 3 и 4.

2. Ueber Peritoneorrhaphie durch Spaltung des Septum recto vaginale und Lappenbildung von Max Sänger (Sammlung Klin Vorträge № 301).

3. D-r Alfred Post, Transactions of the New-York Academy oi Medicine, vol V, 1886.

4. Pieque, Contribution à l'etude de la perineorrhaphie. Annal des malad des org. genito-urin. Paris, 1887.

5. Fritsch, Ueber Perineoplastik (Centrabl. f. Gynäkol № 30, 1887).

6. Sänger Neuere (dezw. englische) Methoden der Perineorrgaphie etc. (Centralbl. f: Gynäkol. № 41—42, 1887).

7. Rokitansky, Erfahrungen uber Lawson Taits Perineorrhaphie (Wiener klin. Wochenschrift. № 11, 1888).

8. Riedinger. Vier Fälle von Lawson-Taits Perinerrhaphie (Wiener klin. Wochenschrift. № 26, 1888).

9. F. Schubert, Sechs Falle von Episo-perineorrhaphie nach Sänger (Lawson Tait) Snauy-diss., Greifswald. 1888).

10. Fraipont, Séx Cas de Perineorrhaphie operes pat le procede d Lawson-Tait (Annal. de la coc. med—chir de Liege. 5, 1888).

11. Winiwarter, Ueber dic. Perineorrhaphie nach Lawson Tait (Wiener klin. Wochenschrift. № 31—33, 1888).

12. Ernest Herman, On Catgut. suturesin the operation for rnptur. perin. (Britisch. med. Journ. June 9, 1888).

13. Lawson Tait, On the Method of Flap-Splitting in Certain Plactic-Operations (The Brilisch Gynaecol. Journ. vol. III, № 11).

14. Centralblatt f. Gynäcol. № 41—42, 1888.

15. Wathen, New York med. Journ. Dec. 29, 1888.

16. Vulliet et Lutaud, Lesons de Gynecologii operatoire, Paris, 1889.

17. A. Martin, Ueber die Lappen-Damm operation (Separ. Abdr. aus Berliner klin. Wochenschrift. № 6, 1889).

ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Принципъ получить окровавленную поверхность путемъ расщепленія, а не удаленія тканей долженъ быть въ основаніи многихъ гинекологическихъ операцій.

2. Юниперный кэтгутъ при многихъ гинекологическихъ операціяхъ является наилучшимъ матеріаломъ для зашиванія раны.

3. При продолжительной неподвижности конечности скелетъ ея нерѣдко подвергается столь значительному жировому остеопорозу, что кости легко рѣжутся ножемъ. Это всего рѣзче замѣчается на растущемъ скелетѣ, причемъ костный мозгъ бываетъ въ этихъ случаяхъ желтый.

4. При продолжительной неподвижности суставовъ, суставные хрящи, атрофируясь вообще, сохраняются относительно лучше въ границахъ взаимнаго соприкосновенія. Атрофія этихъ хрящей выражается: сухостью, истонченіемъ, желтоватымъ цвѣтомъ, потерей эластичности.

5. При влажной гангренѣ хорошимъ осушающимъ и отчасти дезинфецирующимъ средствомъ является дегтярный гипсъ. (проф. Коломнинъ).

6. Крайне желательно, чтобы при военно-медицинскихъ округахъ была учреждена должность окружныхъ гигіенистовъ, которые руководили-бы занятіями врачей при изученіи санитарныхъ условій частей округа. Этимъ путемъ возможность появленія и развитіе въ войскахъ эпидемическихъ формъ будетъ доведена до minimum'a.

7. Весьма желательно, чтобы студенты Военно-Медицинской Академіи были ознакомлены съ существующими законоположеніями и различными особенностями дѣятельности и быта военнаго врача. Незнаніе этого ставитъ начинающаго врача весьма часто въ неловкое положеніе, а главное не остается безъ ущерба для службы.

8. Научная литература, какъ достояніе общечеловѣческое, должна по возможности изобиловать выраженіями для всѣхъ удобопонятными. Поэтому удивительнымъ кажется стремленіе нѣкоторыхъ авторовъ фабриковать, и не всегда удачно, новые термины изъ корней своего языка для замѣны прежнихъ, давно установившихся и всѣмъ понятныхъ.

CURRICULUM VITAE.

Болеславъ Адамовичъ Родзевичъ, дворянинъ, родился въ 1857 г., воспитывался въ Казани, гдѣ окончилъ курсъ гимназіи съ медалью въ 1875 г. Въ томъ-же году поступилъ въ Медико-Хирургическую Академію и окончилъ курсъ въ 1880 г. Въ началѣ 1881 г. былъ зачисленъ военнымъ врачемъ съ прикомандированіемъ къ Академіи для усовершенствованія въ хирургіи, съ каковой цѣлью тотчасъ-же поступилъ ординаторомъ въ Академическую хирургическую клинику проф. Коломнина и началъ держать экзамены на степень доктора медицины, которые окончилъ 1882 г. Въ томъ-же году по обязанностямъ военной службы вынужденъ былъ уѣхать сначала въ Севастополь, а затѣмъ въ Новгородскую губернію, гдѣ, будучи младшимъ полковымъ врачемъ, участвовалъ въ завѣдываніи лазаретомъ и занимался приготовленіемъ ротныхъ фельдшеровъ. Съ осени 1884 г., состоя въ прикомандированіи въ С.-Петербургѣ, имѣлъ возможность вновь заниматься въ клиникѣ проф. Коломнина до роковой кончины послѣдняго. Съ осени 1887 г. по настоящее время исполняетъ ординаторскія обязанности въ клинникѣ акушерства и женскихъ болѣзней проф. К. Ф. Славянскаго, гдѣ и производилъ наблюденія для составленія работы, представленной въ видѣ диссертаціи подъ заглавіемъ: «Возстановленіе промежности по лоскутному методу Lawson Tait'a.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
25 NOV 92
LIBRARY